

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEMÓRIA SOCIAL

REJANE DE MOURA NUNES

“SOU DE LUGAR NENHUM, AONDE NÃO VAI NINGUÉM”:
a importância do território na Saúde Mental, entre a Psicanálise e a Memória Social

Rio de Janeiro
2018

REJANE DE MOURA NUNES

“SOU DE LUGAR NENHUM, AONDE NÃO VAI NINGUÉM”:

a importância do território na Saúde Mental, entre a Psicanálise e a Memória Social

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória Social, Centro de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Memória Social.

Linha de Pesquisa: Memória, Subjetividade e Criação

Orientadora: Prof^a Dr^a. Denise Maurano Mello

Rio de Janeiro

2018

“Sou de lugar nenhum, aonde não vai ninguém”: a importância do território na Saúde Mental, entre a Psicanálise e a Memória Social

Rejane de Moura Nunes

Orientadora: Prof^a. Doutora Denise Maurano Mello

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória Social, Centro de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Memória Social.

Examinada por:

Presidente, Prof^a. Doutora Denise Maurano Mello - UNIRIO

Prof. Doutor Amir Geiger - UNIRIO

Prof. Doutor Manoel Ricardo de Lima Neto - UNIRIO

Prof. Doutor Fernando Ribeiro Tenório – PUC-Rio

Prof^a. Doutora Nilda Martins Sirelli – UNESA

Rio de Janeiro
2018

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer aos sujeitos aos quais tive o privilégio de escutar e de compartilhar espaços e fazeres. Estar com eles me ensina e inspira, muito e sempre.

Agradeço à Denise Maurano, que me apresentou, ainda na Faculdade de Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, a psicanálise lacaniana e reforçou meu interesse na teoria freudiana. Por intermédio da possibilidade de uma visita aos serviços de saúde mental no Rio de Janeiro ofertada por ela, tive meu primeiro contato com o Instituto Philippe Pinel, onde posteriormente me tornei Residente. Nessa mesma visita, tive oportunidade de conhecer Nise da Silveira, em sua casa, no seu último ano de vida. Denise também foi a minha primeira orientadora, na dissertação da Graduação, que já configurava os meus primeiros percursos teóricos acerca das psicoses. Difícil precisar a importância desses marcos decisivos na minha trajetória. Hoje, agradeço reencontrá-la na Memória Social, dando-me mais uma vez a oportunidade de relatar um pouco de tudo o que ocorreu desde nosso primeiro encontro. Agradeço pelo trabalho de me chamar para a realidade acadêmica, quando tendo demasiadamente à associação livre. E agradeço imensamente, enfim, por tantas belas memórias.

Ao Programa de Pós-Graduação em Memória Social que, por sua proposta transdisciplinar, me proporcionou conciliar a interlocução com vários autores e saberes que já me causavam, mas que, por sua variedade, não poderiam ser incluídos nos Departamentos orientados por uma única disciplina. Assim, pude seguir na busca pelo enigma inicial suscitado pelo nome “memória social”, que já me parecia aludir a algo íntimo e também compartilhado, perspectiva que então norteia esta pesquisa.

Agradeço especialmente aos professores Manoel Ricardo de Lima e Amir Geiger, não só por aceitarem tão gentilmente compor a Banca de Defesa desta Tese, mas por mostrarem, com suas aulas, que eu estava no lugar certo.

Ao Fernando Tenório, com seu modo exemplar de conciliar um rigoroso saber psicanalítico com uma clínica e ação política muito ética na saúde mental. Devo a ele o meu primeiro encontro com o “território subjetivo”, que se tornou um dos eixos desta tese. Também agradeço por seus textos (sobretudo o livro *A psicanálise e a clínica da Reforma Psiquiátrica*, que considero um marco no campo); são textos elucidativos e inspiradores.

À Nilda Sirelli, por ter mostrado que era possível conciliar consistentemente a psicanálise com a memória social.

Aos colegas desta jornada dentro da saúde mental, que já dura 20 anos. Foram muitos, inúmeros, que me fazem pensar nunca estar só e também a ter a certeza de que é possível concretizar o mundo que a gente quer. Especialmente aos parceiros do Instituto Philippe Pinel, equipe querida e de trabalho exemplar.

À FAPERJ – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro, por proporcionar que eu realizasse um ano e cinco meses desta pesquisa em Barcelona, através do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior. Por meio desta experiência de desterritorização, pude entender melhor e de fato a importância do território. Além disso, pude ouvir presencialmente e até dialogar com vários dos autores citados neste trabalho.

Obrigada a todas as instituições de saúde mental e de psicanálise que me acolheram em Barcelona, especialmente a ATRA e a Universidad de Barcelona, que me recebeu por intermédio de Andrés DiMasso Tarditti, sempre solícito e amigável.

Muito obrigada ao meu companheiro Felipe, parceiro de vida, desafios e afetos, sempre me apoiando e incentivando. Agradeço também a toda a nossa família, presentes mesmo quando estamos longe.

Em especial, à minha querida avó, eternizada nas minhas mais belas memórias afetivas, aos meus pais e irmãos, que me ensinaram desde sempre a respeitar, acolher e até amar as diferenças. Acho que foram eles os responsáveis por eu me sentir em casa na loucura.

À minha filhinha Iara, sempre surpreendente, incrivelmente contente e esperta, parecendo me dizer para eu ir em frente, pois ela sempre estará me alegrando, ensinando e enternecendo. Caminhando pelas ruas do bairro, ela reparou na loja que fechou. Era de fantasias e ela gostava muito: “Se mudar tanto as coisas assim, como vamos saber o nosso lugar?”, referindo-se à nossa casa, que fica na esquina. Daí pensei, “essa menina parece que faz doutorado sanduíche em memória social e sabe tudo sobre território!”. Outro dia, me perguntou de onde veio o primeiro homem, já que não tinha nenhuma mulher para ele sair da barriga. Minha filha também gosta de pesquisar as origens. Obrigada, querida, por ser tão maravilhosa e companheirinha da mamãe! Que eu possa te transmitir e incentivar o gosto pelo saber, pelas palavras, pelas histórias e pelas gentes, como fez minha mãe.

"Essa arte de viver, contrária a todas as formas de fascismo, estejam elas já instaladas ou próximas de sê-lo, é acompanhada de certo número de princípios essenciais, que resumirei como segue, se eu devesse fazer desse grande livro um manual ou um guia da vida cotidiana:

- Liberem a ação política de toda forma de paranoia unitária e totalizante.
- Façam crescer a ação, o pensamento e os desejos por proliferação, justaposição e disjunção, e não por subdivisão e hierarquização piramidal.
- Livrem-se das velhas categorias do Negativo (a lei, o limite, as castrações, a falta, a lacuna) que, por tanto tempo, o pensamento ocidental considerou sagradas, enquanto forma de poder e modo de acesso à realidade. Prefiram o que é positivo e múltiplo, a diferença à uniformidade, os fluxos às unidades, os agenciamentos móveis aos sistemas. Considerem que o que é produtivo não é sedentário, mas nômade.
- Não imaginem que seja preciso ser triste para ser militante, mesmo se o que se combate é abominável. É a ligação do desejo com a realidade (e não sua fuga nas formas da representação) que possui uma força revolucionária.
- Não utilizem o pensamento para dar a uma prática política um valor de Verdade; nem a ação política para desacreditar um pensamento, como se ele não passasse de pura especulação. Utilizem a prática política como um intensificador do pensamento, e a análise como multiplicador das formas e dos domínios de intervenção da ação política.
- Não exijam da política que ela restabeleça os “direitos” do indivíduo tal como a filosofia os definiu. O indivíduo é produto do poder. O que é preciso é “desindividualizar” pela multiplicação e o deslocamento, o agenciamento de combinações diferentes. O grupo não deve ser o liame orgânico que une indivíduos hierarquizados, mas um constante gerador de “desindividualização”.
- Não se apaixonem pelo poder”.

“SOU DE LUGAR NENHUM, AONDE NÃO VAI NINGUÉM”:

a importância do território na Saúde Mental, entre a Psicanálise e a Memória Social

RESUMO

Neste texto propomos a interlocução transdisciplinar entre a memória social, a psicanálise e a saúde mental. Visamos abordar a memória social como intrínseca à constituição da subjetividade. A partir das teorizações psicanalíticas, ao considerarmos a abordagem da singularidade e seus efeitos na produção de novos discursos sociais, atuamos também na resistência política à imposição de uma memória social excludente, seja das minorias sociais em geral, seja da loucura. Utilizaremos relatos clínicos para reflexões acerca da atenção psicossocial, sobretudo quanto às implicações entre o conceito de território, preconizado pela saúde mental, e suas implicações para os sujeitos que o habitam. A escuta psicanalítica é proposta como estratégia clínico-política de intervenção e criação, não só em sua função de lidar com o sofrimento humano, mas como possível contribuição para as diversas modalidades de laços sociais a serem construídos na cidade.

Palavras-chave: memória social, psicanálise, saúde mental, território, sujeito.

“I AM FROM NOWHERE, WHERE ANYONE GOES”:

The role of territory in mental health, between psychoanalysis and social memory

ABSTRACT

In this interdisciplinary work we deal with the topics of social memory, psychoanalysis and mental health. The aim is to show how social memory is imbricated with the subjectivity formation. Following psychoanalytical theories regarding the question of singularity and its effect in the production of new social discourses, the thesis also advances the role of political resistance against the imposition of an excluding social memory – both of social minorities and of madness. Empirically we work with clinical narratives that helps the reflection on the topic psychoanalytical attention in the field of mental health. These narratives show very relevant when it comes to the analysis of how a territory is imbricated in the constitution of subject who live in specific spaces. We propose psychoanalytical listening as a clinical and political position for both politics of intervention and of creation. Mental health needs to address not only the issue of human suffering, but also as a contribution for the constitution of social ties build up in a city.

Keywords: social memory, psychoanalysis, mental health, territory, subject.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1 A PSICANÁLISE E O DIÁLOGO TRANSDISCIPLINAR	28
1.1 Memória, continuidade e transformação	28
1.1.1 A singularidade e a produção do saber	29
1.1.2 O que resta entre o sujeito e a cultura	31
1.1.3 A memória social como o mais íntimo que vem de fora	32
1.1.4 O sujeito como função variável e complexa do discurso	37
1.1.5 Sintomas de uma época	38
1.2 A memória das minorias como indício de uma outra história possível	45
2 A ESCUTA DO TERRITÓRIO	54
2.1 Digaí, Baixada	56
2.2 O acesso à escuta como apropriação da memória	61
3 A MEMÓRIA DA LOUCURA	65
3.1 O conceito de doença mental, suas implicações subjetivas e sociais	65
3.2 A Reforma Psiquiátrica	73
3.2.1 Memórias da Reforma Psiquiátrica no Brasil	81
3.2.1.1 Contextualizando os avanços e a crise atual da Reforma	88
4 TERRITÓRIOS SUBJETIVOS EM SAÚDE MENTAL	92
4.1 A clínica institucional e a composição do território subjetivo.....	92
4.1.1 A clínica institucional e a composição de memórias	100
4.1.2 Oportunidade e inspiração	108

4.1.3 A linguagem na psicose	112
4.1.4 A realidade construída pela memória	114
4.1.5 O corpo como território feito de palavras	117
4.1.6 A variedade dos discursos	122
4.1.7 A prática entre vários	129
4.1.8 O território como matéria de linguagem	138
4.1.9 O território delirante	142
4.1.10 A instituição como território provisório	151
4.2 Derivas políticas ente o sujeito e a memória social	160
4.2.1 Crise como oportunidade de reconsiderar as memórias sociais oficiais	165
CONCLUSÃO	168
REFERÊNCIAS	177
ANEXOS	195

INTRODUÇÃO

Não passamos a existir ao nascer. Há muito tempo fora preparado um lugar que nos antecedia. Não me refiro ao ventre materno, embora este seja uma boa metáfora para “as localizações preparadas para sujeitos possíveis”, como disse Foucault a respeito dos discursos socialmente veiculados. Nesse sentido, fomos gestados pelo universo simbólico que nos antecede. Para o autor, é a partir da articulação a esses discursos que o sujeito desejante pode aparecer, nas dependências das modalidades discursivas.

Embora o conceito de sujeito se configure na teoria psicanalítica de maneira específica, vamos propor que suas concepções entre Foucault e a psicanálise possam dialogar, visando elucidar os desenvolvimentos presentes nessa investigação, dentro de uma proposta transdisciplinar. Foucault será um dos autores convidados a visitar ou a habitar temporariamente o texto, sobretudo no capítulo 1, que trata especificamente da psicanálise e o diálogo transdisciplinar.

A concepção de sujeito aparece durante todo o texto, na medida em que, ao visarmos a abordagem do conceito de território em saúde mental, buscamos justamente situar a constituição do sujeito como apropriação singular da memória desse território. Neste momento introdutório, antecipamos que o sujeito da psicanálise é o sujeito do desejo, delineado por Freud através da noção de inconsciente, marcado e movido pela falta, distinto do ser biológico. Esse sujeito se constitui pela inserção em uma ordem simbólica que o antecede, atravessado pela linguagem, tomado pelo desejo de um Outro. Como veremos, Foucault, por sua vez, levanta a questão do vazio como primeiro lugar do discurso, o que nos interessa ao abordarmos o sujeito sob a perspectiva dos discursos que circulam no âmbito social. Consideramos que as maneiras pelas quais os discursos se organizam irão configurar a memória social de determinado território.

Para abordarmos a memória social local, relataremos alguns fragmentos de casos clínicos atendidos em um serviço de saúde mental que carrega as marcas do território onde se localiza, do qual tentaremos extrair algumas implicações subjetivas para os sujeitos que o habitam, ou seja, para a configuração de suas memórias singulares.

No capítulo 2, tratamos do acolhimento e da escuta desses sujeitos na instituição, como oportunidade de reapropriação das memórias sociais e como estratégia de intervenção política nesses territórios excludentes. No contexto das “lutas de classe” abordadas por Walter Benjamin (1987 [1940]), outro autor caro à memória social, buscaremos pensar alternativas às memórias excludentes das “minorias”, tomando como base as narrativas e as experiências dos

sujeitos atendidos. Tanto a narrativa quanto a experiência são fatores valorizados na teoria do autor, pois possibilitam a atualização viva da história, que critica em sua pretensa neutralidade e estratificação.

Cabe ressaltar que meu próprio testemunho a respeito das experiências vivenciadas em minha prática profissional tomam uma conotação benjaminiana, na medida em que visa transmitir, partilhar e quiçá contaminar quem possa receber meu texto enquanto testemunho.

Utilizaremos o conceito de memória coletiva de Maurice Halbwachs para pensar o território. Halbwachs funda a memória social como campo de saber ao conferir a memória a uma entidade coletiva que chama de grupo ou sociedade. Para o autor, não seria possível falarmos em uma memória universal da espécie humana, “pois não existe nenhuma memória universal” (HALBWACHS, 1990 [1950], p. 106), mas apenas podemos abordá-las a partir das memórias vivas e vividas. Entendemos que as memórias coletivas, portanto, são conceitualizadas a partir das memórias locais, vinculadas a determinados grupos que vão se diferenciar na relação com outros grupos.

Essa abordagem nos parece compatível e elucidativa a respeito do território tal qual é considerado em saúde mental, campo no qual é entendido como “marcado por limites geográficos, culturais, socioeconômicos (...); conjunto de referências que desenham a moldura do cotidiano para cada cliente, seu território familiar, mitológico, jurídico” (DELGADO, P. G. 1997, p. 41). Cabe desde já salientar que a menção “a cada cliente” já inclui, de maneira implícita, uma certa apropriação subjetiva do território que, no entanto, buscaremos desenvolver aqui. A ideia de que a noção de território aponta para os territórios subjetivos foi encontrada inicialmente em Tenório (2002, p. 32).

Ao longo desta pesquisa, o território aparece ainda em outras concepções, desde aquelas que consideram a regionalização das políticas de saúde públicas que incidem sobre nossas práticas, passando pela construção do argumento de que a imersão do sujeito no território só poderia ocorrer via a linguagem que o constitui, para chegarmos finalmente ao território subjetivo, como apropriação singular da memória encontrada no território pelo sujeito. Esses aspectos serão desenvolvidos no capítulo 3, que trata da memória da loucura e, especificamente, no capítulo 4, que se intitula “Territórios Subjetivos em Saúde Mental”.

Ao trazermos ao texto vários autores que recuperam a memória da loucura (FOUCAULT, 1977; AMARANTE, 1994; DESVIAT, 2001; TENÓRIO, 2002), afirmamos ser necessário nos apropriarmos cada vez mais de sua história de exclusão, para que possamos transformá-la, construindo uma nova memória social da loucura. Portanto, estamos falando aqui basicamente de duas modalidades de exclusão: a segregação

socioeconômica e o isolamento da loucura.

As características estruturais das psicoses serão trabalhadas nesse último e principal capítulo, no qual abordaremos a clínica institucional como tentativa de configuração de territórios subjetivos próprios, em que buscaremos demonstrar, por intermédio das produções psicóticas, que o sujeito é constituído de memórias e que as memórias são feitas de palavras, com suas representações, traços e seus restos.

Nessa perspectiva, a reapropriação da memória social através das memórias singulares representa ao mesmo tempo uma proposta clínica e uma intervenção política, seja no contexto institucional, seja nos territórios concretos que compõem a cidade.

Traçado este pequeno panorama, que resume o itinerário percorrido ao longo desta tese, gostaria de introduzir alguns conceitos que serão utilizados ao longo do texto. Utilizaremos a teoria psicanalítica como ferramenta metodológica para pensar as questões relativas à memória social. Ousaria inclusive dizer que buscaremos extrair da psicanálise uma teoria da memória social¹.

Retomemos, então, a questão das origens do sujeito e da memória. De acordo com a psicanálise, nascemos dependentes, tanto no que se refere à sobrevivência mais concreta do corpo quanto dependentes do desejo do outro. A dependência está necessariamente vinculada àquele que realiza o asseguramento dos cuidados vitais. Arelado a isso, poderíamos falar da maternagem propriamente dita como modalidade de cuidado que vai além do básico de manutenção da vida e que nos torna dependentes do desejo do outro, entendendo esse desejo como algo que nos antecede e que nos dá um lugar, propiciando que ocupemos as dependências da morada do Outro.

Para Freud, a constituição do psiquismo começa a se estabelecer por meio do mecanismo primordial que denominou “complexo do próximo”, a partir desses primeiros cuidados que, ao incidirem no corpo do bebê, serão recebidos como prazer e desprazer e, portanto, erotizando-o. Concomitante a isso, o eu é constituído como unidade apreendida do outro enquanto semelhante. Através do suprimento de sua sobrevivência, que não seria capaz de ocorrer sem uma “força auxiliadora” (FREUD, 1950 [1895]/1976, p. 363), ocorre também a entrada no discurso, pois há uma suposição por parte de quem cuida de que é possível entender o que se passa com o bebê.

¹ Essa observação foi uma colaboração da professora Diana de Souza Pinto, do Programa de Pós-Graduação em Memória Social durante a sua disciplina sobre metodologia de pesquisa.

Essa suposição, por sua vez, já está localizada em todo um contexto prévio que se atualizará nessa cena de cuidados primários. Ou seja, a suposição já é efeito de uma transmissão, a ser abordada aqui no cerne da articulação entre memória singular e memória social.

Sob essa perspectiva, a memória nasce relacionada à dimensão do desejo e, portanto, do encontro com o seu “próximo” (*Nebenmensch*, alteridade, o outro que então se diferencia do eu, propiciando um eu). A partir desse mecanismo, a memória em Freud é construída no momento da procura do objeto que lhe causou uma primeira experiência de satisfação. É essa experiência que marca um primeiro traço de memória como fundador do aparelho psíquico. A memória, portanto, não seria atributo ou efeito, mas originária do psiquismo.

Esse ponto é especialmente importante no que se refere à memória, pois para Freud o psiquismo tende a reinvestir esse traço mnêmico originário na busca pela satisfação gerada por este e desde então perdida. Esse primeiro encontro com o próximo, na medida em que ele também porta de alteridade, nunca será somente prazeroso, mas também acarretará uma faceta de desencontro, do qual restará algo estranho ou hostil, que Freud chamará de “Coisa” (*das Ding*).

Encontraremos em SIRELLI (2014) um amplo desenvolvimento da memória como originária do psiquismo e suas implicações para os funcionamentos consciente e inconsciente ao longo da teoria psicanalítica. Segundo a autora:

Memória implica tanto a dimensão simbólica, via em que podemos pensar o traço e a cadeia de representações (como a constituição discursiva de um sujeito e de uma cultura), como a dimensão fora do significado, inassimilável (a Coisa freudiana). Uma cadeia de associações se funda em torno da Coisa, as tramas se fazem, na tentativa, sempre fracassada, de abarcá-la (p. 52).

A partir de Freud, podemos dizer que o elo que encadeia as representações é desconhecido ao sujeito, daí afirmarmos que a memória é inconsciente. Isso ocorre porque as marcas relacionadas aos estados de desejo inicialmente não portam nenhuma significação, embora em torno delas se estruturam as memórias subsequentes e o psiquismo.

Utilizando os termos lacanianos, dizemos então que o psiquismo nasce como marca do Outro, na sua vertente simbólica, possível de converter em cifra (e passível de decifração), que dá origem à memória enquanto representação, e, na sua vertente real, ou seja, como resto indecifrável, o que posteriormente Lacan estrutura conceitualmente como “objeto a”. Lacan sublinha com essa letra “a” a dimensão insondável da Coisa que teria “despertado” o psiquismo, inaugurando-o a partir de um traço de memória.

Outra terminologia que aparecerá em vários momentos do texto e que devemos ter em perspectiva são os três registros essenciais da realidade humana, segundo Lacan: o Real, o Simbólico e o Imaginário. O Simbólico remete simultaneamente à linguagem e à função compreendida por Lévi-Strauss como aquela que organiza a troca no interior dos grupos sociais; o Imaginário designa a relação com a imagem do semelhante e com o corpo próprio (CHAVES, 2009). O Real, que deve ser distinguido da realidade é o que, para aquém e além da realidade que demarcamos imaginária e simbolicamente, resta inapreensível, enigmático e sobretudo incontrolável por esses recursos.

Segundo Marcus André Vieira, não é a mesma coisa ler o mundo a partir da conceituação de Freud ou da reformulação lacaniana, pois sobretudo a partir de Lacan, uma série de indicações de Freud ganham um aparelhamento que as permite incidir sobre a loucura, “(...) um arsenal freudiano para trabalhar com a loucura. Na prática foi o que aconteceu. Pelo menos no Brasil, se existe uma presença da psicanálise na saúde mental, em grande parte se deve ao trabalho de Lacan” (VIEIRA, 2009, p. 53). No entanto, devemos considerar que o próprio Lacan afirmou: “sejam vocês lacanianos se quiserem. Eu sou freudiano”². Essas perspectivas vêm delimitar nossa abordagem através das leituras psicanalíticas de Freud e Lacan.

A teoria freudiana formula a memória como criação, na medida em que postula a ressignificação constante a partir das marcas originárias que serão reescritas infinitamente. Essa possibilidade existe na medida em que sempre restará algo irrepresentável, que impele a esse movimento criativo. Essa propriedade de reinscrição infinita da memória se deve às suas características de linguagem. Voltaremos à infinitude e finitude para situarmos um pouco mais a questão do território.

Podemos dizer que Lacan releu e sistematizou esse mecanismo de fundação e funcionamento do psiquismo freudiano, já marcados pela linguagem. Buscaremos, ao longo deste texto, nos respaldarmos em Lacan para mostrar como a linguagem atravessa o psiquismo, os corpos, as instituições e a memória, uma vez que rege o funcionamento inconsciente: “o inconsciente está estruturado como uma linguagem” (LACAN, 1998 [1964], p. 25).

Para isso, faz-se necessário esclarecermos a especificidade da teoria lacaniana a respeito do sistema linguístico entre significante e significado. Guiado pela experiência

² A emblemática frase foi proferida na única apresentação de Lacan realizada na América Latina, em 12 de julho de 1980, conhecida como “Seminário de Caracas”, citada por Pablo Peusner, em 31 de agosto de 2007, acessível em: <http://elpsicoanalistalector.blogspot.com.es/2007/08/jacques-lacan-el-seminario-de-caracas.html>

freudiana das formações do inconsciente (explicitado nos sonhos, nos sintomas etc.), Lacan reinventa a proposta original do signo formulada por Ferdinand de Saussure.

Saussure propôs uma visão estruturalista da linguagem: segundo ele, a linguagem seria formada por signos, compostos por significantes e significados unidos arbitrariamente, ou seja, em função do acaso. O significante seria a parcela material do signo linguístico (o som da palavra, por exemplo). Já o significado seria o conceito, o sentido, a ideia associada ao significante. A teoria da linguagem de Saussure é estrutural, pois pressupõe que o valor de um determinado signo não é dado *a priori*, mas depende da relação com os demais signos do sistema linguístico.

Já para Lacan, a linguagem é constituída essencialmente de significantes (e não de signos) e o significado não teria – ainda que arbitrariamente produzida, como acreditava Saussure – uma relação fixa com o significante. Para Lacan, a experiência psicanalítica teria demonstrado que o significado é extremamente volátil, evanescente, como um fluido que desliza ao longo da cadeia de significantes.

A esse respeito, Denise Maurano aponta que, na reformulação lacaniana da teoria da linguagem de Saussure, há um importante aporte no que diz respeito à materialidade do significante: “o significante, imagem acústica de um signo, não é só o som, mas a marca psíquica desse som, tendo portanto uma dimensão material, sensorial, e nesse sentido se opõe ao significado, conceito que tem uma dimensão mais abstrata” (MAURANO, 1999, p. 57-58). Essa consideração será fundamental sobretudo para o entendimento específico do funcionamento da linguagem nas psicoses, que serão abordadas sobretudo no último capítulo.

De acordo com essa lógica significante própria a cada sujeito, constitui-se a criação em torno das marcas originais, sem significação prévia. Essa criação será configurada como mitos que, no entanto, portam uma verdade no que diz respeito ao sujeito. Adiante, serão trazidos os mitos essenciais do sujeito e da civilização, interligados em suas lógicas. Sirelli coloca que:

É pelo trabalho de ressignificação, de construção significante que convoca o sujeito à produção de sua própria história, que Lacan irá trabalhar o mito individual do neurótico. Mito que cada um precisa tecer, fio a fio, a partir daquilo que lhe é transmitido pela sua *constelação de origem* (grifo nosso): familiar, geracional e cultural. Não há sujeito sem se apropriar disso que vem do Outro, o que o liga inexoravelmente ao laço social (SIRELLI, 2014, p. 14).

Propomos a leitura desse fragmento de texto da seguinte maneira: dizemos que o movimento de ressignificação é infinito nos referindo ao potencial criativo da linguagem,

garantido pela interderminação que lhe é inerente, no que diz respeito à impossibilidade de estabelecimento de um sentido último ou definição absoluta.

No entanto, embora digamos que as possibilidades de ressignificação são infinitas, não são indeterminadas, uma vez que estão condicionadas às marcas que as originaram. Sob essa perspectiva, relacionamos as possibilidades de estabelecimento de sentido vinculadas à determinada memória social, restrita por elas. Dentro do território dessas memórias sociais, as indeterminações continuam sendo infinitas. Daí a necessidade de estabelecimento de um território subjetivo, que seria a apropriação da memória social.

As marcas originárias de um sujeito e uma cultura, que funcionam como ponto de referência para a constituição subjetiva e para a localização no mundo, são denominadas por Lacan como significantes mestres, indicados por S_1 , significantes originários das cadeias significantes que se constituem na tentativa de representá-los, conferindo-lhes sentido:

Todos os significantes que não têm valor de S_1 são designados por S_2 . Constituem o saber do Outro, ou seja, o conjunto dos significantes que nos constituem. S_2 como o saber do Outro nos remete ao saber de uma cultura, de um grupo social, saber sempre inacabado e aberto para inclusão de mais um significante (SIRELLI, 2014, p. 63).

Nessa concepção, a maneira que a linguagem se encadeia articula o sujeito, que no entanto é evanescente. Na medida em que é encadeado, o sujeito se aloja, ainda que de forma parcial e efêmera. Sem os marcos da linguagem, o sujeito seria diluído no mar da linguagem, ou numa deriva eterna de deslizamentos significantes; numa outra maneira de dizer, no universo infinito das constelações significantes.

O território é o que possibilita que o sujeito seja ancorado ou delimitado. Os significantes disponíveis na memória social do território transmitem suas possibilidades de significação ao sujeito, permitindo que ele se localize nesse mar e nesse universo sem limites. Remetendo-nos à citação acima, o território seria a “constelação de origem: familiar, geracional e cultural”.

O psicótico, por sua peculiaridade estrutural em relação à linguagem, não foi marcado por um significante mestre que, como veremos adiante, é veiculado subjetivamente pela função paterna. Devido a isso, podemos considerá-lo um sujeito à deriva ou a céu aberto, pois não haveria em sua estrutura o ponto de partida em torno do qual se ordena o sujeito e que detém o eterno deslizamento significante. Ao mesmo tempo, é esse significante que representa a função paterna que permite o compartilhamento da ordem simbólica em comum. No entanto, mesmo os psicóticos, excluídos dessa ordem, demonstram estar absolutamente

suscetíveis ao território linguístico. Até quando os psicóticos criam seus territórios delirantes (que são ordens simbólicas próprias) é com a terra *mater* da linguagem do território que os constroem.

Não é que o território já estivesse lá (embora estivesse, sob o aspecto que antecede o sujeito). Ele passa a existir a partir do momento lógico em que o sujeito se dá conta dele, o reconhece como Outro na mesma operação em que se estabelece como sujeito, memória singular. Nessa perspectiva, o único território que existe (e que sobretudo importa) é o território subjetivo. Mas ele só pode existir como uma dobra do território referido pela memória social.

Essa abordagem nos é cara na medida em que alude à construção significante a partir do que vem do Outro de cada sujeito, ligando-o à sua “constelação de origem” e estendendo tal universo ao campo social mais amplo. Essa construção nos remete à inserção simbólica do sujeito em seu território, ou seja, é pelo significante que o sujeito se localiza, estabelece seu lugar.

Todavia, as marcas originárias que se constituem como pontos de fixação libidinal do sujeito (e que, portanto, o condicionam ou o determinam de alguma maneira³), não deixam de ser traumáticas, podendo ser fontes de criação, mas também de repetição inócua. Nos capítulos seguintes faremos alusão à questão da repetição por meio de alguns relatos clínicos que evidenciam seus desdobramentos.

Os pontos de fixação de alguma maneira arvoram o sujeito, ou seja, é em torno desses pontos que o sujeito se constitui. A feitura do laço social é o mecanismo que permite a tecitura do sujeito. Assim, o território subjetivo é constituído pela dupla função do significante, ou seja, tanto o que este nomeia quanto o que resta sem significação.

Também nos interessa essa dupla função significante no que diz respeito à transmissão da memória social, pois uma cultura possui seus pilares simbólicos, mas também algo que escapou à significação, que subsiste enquanto Coisa ou resto inominável e que, justamente por isso, persistindo na repetição enquanto marca, causa muitos efeitos.

³ Como trabalha Nilda Sirelli em sua tese, o não reconhecimento desses pontos traumáticos, ou melhor, seu recalçamento, faz com que seus efeitos ganhem força e se perpetuem no funcionamento neurótico. Sob essa mesma perspectiva, Teresa Morandi (et al) trabalhou a questão “trauma e transmissão” em seu livro que trata dos efeitos da Guerra Civil Espanhola e da ditadura franquista sobre a subjetividade dos sujeitos que herdaram tais fatos históricos como acontecimentos de memória. Embora o tema não seja abordado no contexto desta pesquisa, é interessante notar que os mecanismos e os efeitos da repetição e do recalque podem ocorrer tanto no âmbito do sujeito quanto no âmbito da memória social.

No que diz respeito aos pilares simbólicos de uma civilização, encontramos uma referência ao território em Lacan, e, embora sejam reflexões inconclusivas, não poderíamos deixar de incluir nesta discussão. Segundo Mayerhoffer (2015), em sua tese de doutorado que trata de psicanálise, política e desinstitucionalização, a autora diz que:

Lacan enuncia no Seminário XVIII⁴ uma noção de território articulada à inscrição de um S_1 : (...) “os significantes não são uma coisa individual, não se sabe qual é de quem”, para dizer em seguida que se pensarmos em “células territoriais” e no que entra e é devolvido do campo do Outro, que nunca se pode garantir de quem é, há um processo de expulsão por que “do interior de um território, só conhecemos mesmo nossas próprias fronteiras, não somos obrigados a saber que nessa fronteira” há outros tantos territórios, diz ele. Isso se dirige para “a ideia da relação que pode haver entre a rejeição de algo e o nascimento do [...] significante-mestre [...]” (LACAN apud MAYERHOFFER, 2015, p. 141).

Aqui os significantes são entendidos como “células territoriais” que, no mecanismo de apropriação significativa frente ao Outro, alguns são escolhidos em detrimento de outros. Nesse processo, configura-se o próprio sujeito, no entanto, nos diz Lacan, “os significantes não são uma coisa individual, não se sabe qual é de quem”, daí a constituição íntima entre memória singular e memória social.

Poderíamos afirmar que se S_1 é um primeiro traço de memória, que inclusive permite a configuração do sujeito e a articulação com o Outro, remeteria-nos sobretudo à noção do que viemos chamando de território subjetivo. Nesse sentido, sem apropriação do território como algo ao qual pertence o sujeito, deixa de existir o território.

Passemos agora a uma outra construção teórica que vai incidir especificamente sobre a discussão da memória social, que é o conceito de realidade psíquica.

Segundo Cristina Hoyer (2010, p. 17-18), a questão da lembrança aparece precocemente na teorização psicanalítica, nas correspondências entre Freud e Fliess. A autora realizou uma pesquisa nessas correspondências, a partir da qual afirma que, inicialmente, a lembrança aparece enquanto presentificação do trauma: na “teoria de sedução” freudiana, as históricas estariam reavivando com os seus sintomas cenas de ordem sexual ocorridas na relação com seus pais. Com o desenvolvimento de sua teoria, passa a referir-se às “fantasias históricas” enquanto “falsificações da memória” (Cartas 59 e 61), ou seja, deixa de tratar essas cenas como algo que fora de fato vivido no passado, percebendo que, embora esteja presente no psiquismo e marcado pelas moções sexuais que se apresentam nas crianças desde a mais

⁴ LACAN. *O Seminário, livro 18: De um discurso que não fosse semblante* (2006 [1971]). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

tenra idade (hipótese que introduz na Carta 69), tratava-se de construções.

Assim, a “realidade psíquica” passa para o primeiro plano como grande virada conceitual na teoria freudiana, pois, segundo ratifica a autora, “as fantasias inconscientes podem atuar com toda a força das experiências reais, remetendo porém à ‘Outra cena,’ expressão com que Freud designa o inconsciente, ou seja, o trauma não na realidade, mas real” (HOYER, 2010, p. 19).

A perspectiva do fato como algo que realmente ocorreu está vinculada ao conceito de fato histórico, que interrogaremos nesta pesquisa, juntamente com o aporte dos outros autores utilizados (HALBWACHS, 1990 [1950]; FOUCAULT, 1977; BENJAMIN, 1987 [1940]). O conceito de realidade psíquica nos permite relativizar o que ocorreu como realidade última, para considerá-la como a maneira com que cada um ficou marcado pelos fatos.

Essa abordagem muda totalmente o entendimento da história e é compatível com a concepção da memória adotada no presente texto: a memória é a maneira como se atualiza a história tal qual ela foi contada, ou seja, através das marcas legíveis e ilegíveis (traços e representações, materiais e simbólicas, monumentos e tradições) que sempre vêm do Outro e que por isso a chamamos de memória social.

Um aspecto fundamental dessa transmissão é a forma como ela foi capturada por quem a recebeu, ou seja, a história tal qual ela foi ouvida, em seus ruídos, histórias e silêncios. Essa peculiaridade na captura é o que configura o sujeito psicanalítico. Cabe ressaltar que não se trata aqui de uma questão intersubjetiva; embora o mal-entendido inerente ao simbólico também se coloque entre duas pessoas, antes disso, deve ser considerado como inerente a cada uma delas.

A partir do mesmo método clínico, por meio da constatação na fala de suas pacientes da construção fantasiosa impregnada de desejos, Freud chega ao complexo de Édipo. Como um acontecimento universal na infância, a vivência desse complexo assinala algo da ordem do logicamente necessário para que o sujeito possa tornar-se partícipe do sistema social comunitário e civilizatório. Dessa maneira, a questão do pai ocupa lugar privilegiado no que diz respeito ao laço social e à transmissão das memórias enquanto conteúdo simbólico. Abordaremos resumidamente o Complexo de Édipo.

Édipo foi o personagem de uma tragédia grega do século V A. C., utilizada por Freud para retratar a representação inconsciente através da qual se expressa o desejo sexual ou amoroso da criança em relação aos pais. Em outras palavras, esse conceito retrata como surge e se desenvolve a questão do desejo no psiquismo, mas também na sociedade, ao passo que se dirige ao outro mais próximo e envolve a família como primeiro meio social.

Na mitologia, Édipo mata o pai e se casa com a mãe, embora tenha tentado fugir de tal previsão, realizada pelo oráculo. Édipo o faz sem saber, pois fora criado por pais adotivos, longe de sua terra natal. O mito retrata a realização inevitável das determinações inconscientes que tendem a se imprimir como um destino.

O Complexo de Édipo é um processo inconsciente na medida em que alude à sexualidade infantil, ao incesto e ao parricídio, conteúdos a serem recalcados desde que a humanidade se tornou civilização.

O recalque diz respeito ao mecanismo que impede o acesso às ideias ou representações das pulsões incompatíveis com os critérios da consciência, constituídos pela moral e demais valores compartilhados socialmente e interiorizados pelos sujeitos. Para Freud, a pulsão – termo derivado do latim *pulsio* (ROUDINESCO e PLON, 1997, p. 883), que designa a ação de empurrar ou impulsionar – é a força motriz tanto do organismo quanto do funcionamento psíquico.

Podemos entender os mitos e as lendas como ficções por intermédio dos quais alguma verdade se diz a respeito do inconsciente, ou seja, seriam suas representações através das gerações, tempos históricos e culturas. Há sempre uma produção mítica em jogo na história da civilização, o que, a partir da leitura psicanalítica, poderemos relacionar à memória social.

O Complexo de Édipo, enquanto mito do pai, é considerado o complexo nuclear de uma neurose, pensada psicanaliticamente, não como degeneração ou transtorno, mas estrutura subjetiva de defesa. Tal complexo está ligado ao conflito entre as exigências de satisfação pulsional e as injunções da cultura, veiculada primeiramente pelos pais, tornando-se fantasias recalcadas e inconscientes. Mais especificamente, é o ponto de origem do desejo e suas representações, veiculando o modo como este, a partir da lei da interdição do incesto e do parricídio, maneja seus afetos e se insere na cultura para além do núcleo primário familiar. Tal interdição designa o princípio da lei primordial universal, exercida na ordem da cultura. Todos os acontecimentos culturais são consequências dessa lei. Assim, a articulação entre o desejo inconsciente e a lei encontra-se no cerne dos processos subjetivos, culturais e sociais. Por esse motivo, o Complexo de Édipo fora chamado por Freud de “complexo nuclear”.

O Édipo freudiano é a metáfora da interdição paterna que, segundo Lacan, permite a instauração de uma falta originária entre o sujeito e o Outro materno, que até então era absoluto. Essa falta, que caracteriza a estrutura neurótica, passa a organizar o funcionamento do inconsciente e a feitura do laço social, pois a falta é pré-requisito para a demanda, que passa a articular o sujeito ao Outro. Trata-se, portanto, da relação do inconsciente com a falta originária. Podemos, finalmente, reafirmar a ausência enquanto primeiro lugar do discurso,

tanto para um sujeito quanto para a civilização, retomando a afirmativa foucaultiana do início do texto.

Portanto, podemos dizer que Lacan fez uma releitura do Édipo freudiano transpondo a verdade encenada nesse mito para o interior da lógica significante tal qual ela opera na constituição do psiquismo: a partir da veiculação de uma falta que se constitui como originária da linguagem. Nesse sentido, o pai é aquele que faz operar a lei da linguagem: “é preciso aí (...) a intervenção da ordem da palavra, isto é, do pai. Não o pai natural, mas do que se chama o pai” (LACAN, 1988 [1955-1956], p. 114).

O pai entra em cena para introduzir uma falta e, nesse mesmo momento, possibilita a inscrição do significante que o nomeia (significante Nome-do-Pai) por meio do qual poderá transmitir sua herança simbólica.

Esse é o significante primordial, que permite a inscrição na linguagem e, portanto, na cultura. Se a linguística lacaniana não reconhece nenhuma relação nata entre significante e significado, mas apenas o deslizamento incessante entre significantes, é o Nome-do-Pai que fixa essa relação primordial, funcionando como ponto de basta que limita o Outro na medida em que o organiza em uma ordem; a lei é uma certa ordem do significante.

No que diz respeito aos laços sociais, a interdição possui uma função civilizatória fundamental, pois quando as pulsões são recalçadas, são desviadas para novas metas e realizações culturalmente aceitas, relativas ao Outro social. Esse mecanismo fora conceituado pela psicanálise como sublimação, ou seja, quando a pulsão atua sob sua vertente criativa, a partir da singularidade, mas, ao mesmo tempo, produtora de aportes sociais. Em suas “Teorias sexuais infantis”, Freud afirma que, da parte da pulsão que se decide utilizar, resulta “o acervo cultural comum de bens materiais e ideais” (FREUD, 1987 [1908], p. 192).

Ou seja, metaforicamente, do ponto de vista da civilização, a proibição do incesto faz com que a natureza deixe de existir no homem como um reino soberano, para uni-la à existência social, que até então não estava dada. Desde que o comportamento natural deixa de ser determinante (o determinismo biológico falta), a inserção simbólica na cultura se coloca para todos. Esse ponto será trabalhado em seguida, em outro mito freudiano, que introduz logicamente a primeira organização social.

No mito antropológico de “Totem e tabu”, proposto por Freud a partir de alguns elementos antropológicos, de início haveria uma horda primitiva formada por um bando de irmãos vivendo sob a tirania de um pai violento que gozava de todas as mulheres (mães e irmãs) e impedia aos filhos o acesso ao gozo, de modo a permanecer como senhor absoluto e dono de tudo.

Com efeito, aqueles que até então só se irmanavam em sua impotência comum, movidos pela insatisfação, tramam uma conspiração homicida da qual resultou a primeira relação solidária que permitiu, ao mesmo tempo, tanto a identificação recíproca como o reconhecimento da alteridade. Descobrem-se irmãos (...). A união lhes permitiu realizar aquilo que cada um deles, individualmente, não teria sido capaz de fazer (HOYER, 2010, p. 32-33).

Interessante notar que a primeira relação solidária é correlativa a um primeiro contrato social, ao qual cada um se submete com sua cota de renúncia, para que seja possível a formulação de algo “em comum”. Esse aspecto será abordado na parte final “derivas políticas”, que questiona os mecanismos de adesão a determinados discursos sociais.

Portanto, a primeira forma de organização social humana decorre do assassinato do primata mais forte por meio da união entre os seus descendentes. A partir da morte do pai, em vez da força bruta, passam a vigorar as leis que regem as normas sociais.

Para Freud (1987 [1913]), o mais importante para a constituição da cultura é o pacto civilizatório que se dá após a morte do pai, em decorrência de os filhos pactuarem deixar o lugar do “todo poderoso” vazio, suspendendo o processo da seleção natural em que vence o mais forte, pois, a partir de então, estariam todos no mesmo plano.

O ritual totêmico, que podemos considerar como a primeira manifestação religiosa na cultura, adveio em consequência ao assassinato do pai e consistia em rememorar ou presentificar a culpa pelo ato realizado, assim como o estabelecimento de restrições que regulavam a vida em comum (tabus). Por intermédio da partilha da comida (animal totêmico que representava o pai), ao mesmo tempo identificavam-se a ele, mas sobretudo entre si, descobrindo-se irmãos e marcando uma alteridade em relação a pai. Digerir o pai pode ser entendido como simbolizar que, a partir dessa operação, passa a ser de cada um o papel da manutenção da lei, ou seja, sua introdução simbólica.

Esse mito simboliza o fim do privilégio exclusivo ao gozo dos bens do pai da horda, o que inaugura a civilização, com a distribuição desses bens entre todos. A ausência decorrente da morte do pai possibilita sua presença metafórica (Nome-do-Pai) como significante primordial, que passa a regular as trocas simbólicas. Podemos afirmar que, desde a horda, o homem tornou-se um “animal político”, segundo expressão freudiana no texto que trata da organização dos grupos, “Psicologia das massas e análise do eu” (FREUD, 1987 [1921], p. 151).

Nessa obra, Freud menciona a identificação com um líder como ponto de aglutinação entre os membros de um grupo, que passam a identificarem-se entre si. Essa forma de

organização social nos traz reflexões sobre as modalidades possíveis de organização dos laços sociais na atualidade.

Podemos concluir que a inserção simbólica na cultura é retratada em ambos os mitos, pois falam da origem da lei primordial, seja ao nível da constituição do sujeito, seja ao nível do advento das organizações sociais. Nessa perspectiva, podemos afirmar que a trajetória do sujeito recapitula a história da espécie. Segundo Brousse (2003, p. 61), “simbólico é o nome que Lacan dá ao que Freud denominou civilização”.

A passagem entre esses dois mitos e a continuidade lógica que os compõe elucidam a constituição íntima entre subjetividade e organização social. “As palavras fundadoras são nomações (...) nas quais se institui e compromete um Outro de quem vai depender o valor mesmo da palavra mediante a qual o sujeito se faz reconhecer” (CHEMANA, 2004, p. 461).

Para adentrarmos a discussão da memória social como construções de linguagem nas quais os sujeitos se localizam enquanto memórias singulares, introduziremos a teoria lacaniana dos discursos. Essa teoria foi sistematizada por Lacan sobretudo em seu Seminário XVII (1992 [1967-1970]) para indicar que (devemos entender) a linguagem é organizada a partir das estruturas discursivas, que por sua vez configuram diferentes formas de fazer laço social. O autor dividiu o funcionamento da linguagem em quatro tipos de discursos: do mestre, da histórica, discurso do analista e universitário.

Os discursos são compostos de lugares ou posições que podem ser ocupados por quatro elementos diferentes e que, dependendo de sua distribuição e deslocamento, caracterizam o discurso. Esses elementos são: o S_1 , significante-mestre ou marca originária; o S_2 , o saber, que representa a cadeia dos significantes constituídos em série (S_2, S_3, S_4 etc.), simbolizado pela abreviação S_2 ; o “a”, mais-gozar, que seria o que cai do sujeito a partir do encontro com o significante e que a partir disso só poderá ser “reencontrado” parcialmente, ocupando lugar central no psiquismo; e $\$$, sujeito barrado do significante que o constitui.

Já os lugares que esses elementos podem ocupar são: o agente (o que organiza esse discurso), a verdade (o que o organiza mais fundamentalmente), o outro (ao qual esse discurso se dirige), a produção (qual é o produto que esse discurso comporta). No discurso do analista, os elementos ocupam lugares opostos àqueles ocupados no discurso do mestre; por exemplo, se “a” é agente do discurso no primeiro, no último é produto; isto nos permite afirmar que o discurso do analista é o avesso do discurso do mestre.

O discurso do mestre especifica a constituição do significante como tal (S_1), já que implica sua referência à cadeia significante (S_2) que contribui para constituir o que se escreve $S_1 \rightarrow S_2$. Ao discurso do mestre podemos associar o que Lacan denominou discursos

dominantes em uma sociedade, que, apesar de recalcar o sujeito, também são necessários enquanto organizadores do funcionamento social.

Segundo Rinaldi, no discurso do mestre ou do senhor, não há distância entre o dizer e o querer dizer:

(...) o mestre está identificado ao significante que o marca (S_1). É a consciência que domina, e esta ao se relacionar com o conjunto dos outros significantes – o ‘saber’ (S_2) – produz esse ‘excesso’ da operação significante (a), disjunto, porém, da subjetividade (\$); neste discurso é a partição subjetiva que está oculta (RINALDI, 196, p. 135).

Por sua vez, o discurso produzido pelas históricas, a partir de sua divisão e sintomas, através dos quais vem significar-se, estão sempre visando produzir um saber que não constitui ligação articulada como no discurso do mestre, o qual desafia devido ao seu estatuto particular.

Já o discurso do analista é o único que fornece articulações em que esse desejo se inscreve, pois coloca o “a” em primeiro lugar em relação ao sujeito, mostrando a função estrutural da fantasia ($\$ \langle a \rangle$). Para isso torna-se necessário destituir o objeto do saber do qual é constituído pelo discurso do mestre.

O discurso universitário registra uma coerência com o discurso do mestre que a constitui (CLAVREUL, 1978, p. 135), diz respeito ao saber instituído, “compreendido como informação organizada, capitalizada, cumulativa (...). De certo modo, a universidade constitui, portanto, obstáculo ao surgimento de significantes novos se forem destruidores da ordem estabelecida”. (CLAVREUL apud JORGE, 1978, p. 87).

Essas diferenças estruturais entre os discursos nos permitem depreender também os diferentes feitos produzidos por eles. Por exemplo, faz diferença considerarmos o sujeito como agente do discurso (no caso do discurso proferido pelas históricas por meio dos seus sintomas) ou partirmos da consideração de “a” como o primeiro lugar do discurso, que é o princípio motriz da prática do analista. Esses efeitos se aplicam tanto no âmbito das singularidades quanto no âmbito social.

Da perspectiva da memória, os tipos de discurso podem, por exemplo, promover a configuração de memórias sociais oficiais, que são modalidades do discurso do mestre, ou memórias singulares, como o discurso da histórica e do analista.

Devemos considerar os discursos como estruturas necessárias que instrumentalizam a linguagem. Por isso, podemos dizer que o discurso é uma instituição. Essa organização estrutural ao mesmo tempo limita e instrumentaliza o gozo, ou seja, o discurso instaura

relações fundamentais e estáveis com o campo do gozo. Situemos o que significa esse conceito.

Podemos entender o gozo como um derivado das primeiras satisfações e experiências de prazer, que serão repetidamente buscadas no rastro do objeto perdido. Segundo Roudinesco:

Lacan traça uma distinção essencial entre prazer e gozo: o gozo reside no intento permanente de exceder os limites do princípio do prazer. Este movimento ligado à busca da coisa perdida, que falta no lugar do Outro, é causa de sofrimento, mas o sofrimento não erradica nunca por completo a busca pelo gozo (1998, p. 407).

Gostaríamos de sinalizar que esta questão é pertinente também ao campo da memória, na medida em que os conteúdos inconscientes não elaborados tendem à repetição e se impõem mortiferamente nos percursos dos sujeitos e dos povos. Ser capaz de abordar tais conteúdos implica em rememorá-los e ressignificá-los, dando-lhes novos destinos. Embora este não seja efetivamente o foco desta tese, é importante que tenhamos a perspectiva desse funcionamento, intervindo no pano de fundo em que se enredam os sujeitos e as tramas sociais, as memórias singulares e a memória social.

Como veremos por intermédio dos breves relatos clínicos, no âmbito do social podemos localizar funcionamentos que praticamente instituem a violência, a segregação, a exploração etc., o que denota uma repetição ou o retorno de algo que necessita ser elaborado, no sentido de que recordar e repetir podem ser tentativas de ressignificação.

Desta perspectiva, não poderíamos deixar de mencionar as colaborações peculiares da psicanálise a respeito do gozo, pois seria o único campo de saber que se propõe a lidar com seus efeitos sobre os sujeitos e a cultura. Se, por um lado, o desejo sempre remete ao laço com o Outro, colocando-se, pois, na própria base do laço social, o gozo (vinculado a uma exigência de satisfação pulsional, ainda que paradoxal, amalgamando prazer e dor), por sua vez, mesmo que se possa considerar nele uma dimensão bem solitária, que não faz laço com o outro, interessa inteiramente ao Outro social. É sobre o campo do gozo que incide a ordenação da cultura.

O laço social organiza o gozo, permitindo alguns modos e proibindo outros. Seja por meio do pai, da família, da escola, das leis etc., o laço social e o próprio Estado estabelecem limites implícitos ou explícitos para o gozo. Quando esses limites são ultrapassados é que aparece mais diretamente o problema da violência: tanto na transgressão pela qual o sujeito acede a um gozo proibido, quanto na repressão pela qual o laço social ou o próprio Estado

buscam eliminar o modo de gozo indesejado (e, às vezes, os próprios indivíduos transgressores, como evidenciam os discursos intolerantes e moralistas que ressurgem na atualidade). Portanto, esse conceito é fundamental para pensarmos as formas de segregação social que serão abordadas tanto na exclusão da loucura quanto na violência das diferenças socioeconômicas.

Ao trazermos esta reflexão da exclusão ao contexto institucional no qual atuamos, observamos que os profissionais são chamados a incidir na submissão do sujeito a um discurso, ou seja, a promover a inclusão como adequação ao laço social, sobretudo no que diz respeito à loucura.

Frente a este dilema imposto à nossa atuação no âmbito social, visaremos incidir sobre as memórias singulares e coletivas, propondo a consideração do sintoma como via alternativa de construção de novos discursos. Aqui consideraremos o sintoma como uma solução de compromisso entre as exigências civilizatórias e as pulsões que habitam o corpo, assim como os sintomas sociais serão considerados manifestações do conflito estrutural entre esse equilíbrio da cidade e a singularidade de cada sujeito.

Portanto, é preciso escutar o sintoma. É a dimensão da fala que possibilitará com que, por meio do dizer, sejam refeitos e recriados os nós que enlaçam as memórias singulares a uma forma rígida e estratificada de memória social, cuja ordem muitas vezes se impõe de forma maciça e quase intransponível. Nesse contexto, a psicanálise pode intervir descobrindo junto aos sujeitos as brechas para que eles possam então se constituir, ao passo que possibilita outras formas de dizer, novos discursos disponíveis através de novas memórias compartilhadas.

Tendo como base esses conceitos e essas perspectivas entre o singular e o social, vamos dar continuidade à busca pela extração e delimitação de uma teoria da memória social da psicanálise. Passemos ao diálogo transdisciplinar, à escuta no território, à memória das minorias e da loucura, à constituição do território subjetivo como memória singular e ao enlaçamento político entre sujeito e memória social.

1 A PSICANÁLISE E O DIÁLOGO TRANSDISCIPLINAR

“Sempre levamos conosco uma certa quantidade de pessoas”.

(Maurice Halbwachs)

A discussão que envolve a multi, inter ou transdisciplinaridade vem sendo uma questão em nossa prática clínica, uma vez que a subjetividade enquanto objeto de pesquisa apresenta uma complexidade inesgotável, frente a qual não teríamos a pretensão de abarcar nem com um, nem com vários saberes que fossem definitivos em sua abordagem.

Devemos considerar que, na multidisciplinaridade, as disciplinas distintas visam a um mesmo objeto; na interdisciplinaridade as disciplinas permanecem diferenciadas a partir de uma ordem disciplinar, mas se colocam em diálogo, visando ao consenso; na transdisciplinaridade coloca-se a própria ordem disciplinar em questão, criando um novo objeto. No âmbito da atuação clínica institucional, ao objetivarmos o cuidado em comum (multi), quando chegamos a um consenso, podemos considerar que obtivemos êxito enquanto equipe interdisciplinar. No entanto, no escopo desta investigação, propomos dar um passo adiante e estabelecer diálogos transdisciplinares.

1.1 Memória, continuidade e transformação

No que diz respeito às diversas vertentes do saber que circulam na instituição de saúde mental, Jurandir Freire Costa (1996) subdivide as “éticas da psiquiatria” em “ética da tutela”, “ética da interlocução” e “ética da ação social”. Na primeira, fiscalista, o indivíduo deve ser cuidado, pois é privado de razão e de vontade, assim como é definido juridicamente como “doente mental”. No que denomina “ética da interlocução”, o sujeito é considerado possuidor de um discurso competente, porém essa vertente demonstraria pouco interesse pela ordem social. Já a “ética do cidadão”, “...quase que faz equivaler virtudes políticas e terapêuticas, francamente assimiladas ao que seria uma ação política real” (COSTA, 1996, p. 31). Para o autor, nenhuma delas é, em si, ruim; apenas seriam adequadas em momentos diversos.

Em outras palavras, trata-se de evidenciar que a decisão de optarmos por um ou outro tipo de intervenção nos torna responsáveis por seus efeitos, no sentido de que toda escolha inclui uma perda, no ato mesmo da escolha e não é possível evitá-la.

Jô Gondar (2005), a respeito da discussão da transdisciplinaridade pertinente ao campo e ao conceito de Memória Social, coloca que quaisquer perspectivas que adotemos será parcial e trará suas implicações éticas e políticas. Para evidenciar a importância dos pontos de discordância, exemplifica as perspectivas conferidas à memória em Maurice Halbwachs, que a associa à manutenção de valores de um grupo, e em Michael Foucault, que faz da memória instrumento privilegiado de transformação social. Em ambos os casos, a memória seria entendida como “construção”, mas, na primeira perspectiva, haveria uma ênfase no construído (instituído), em que importaria menos a instabilidade, a diferença, o confronto. No entanto, a autora propõe justamente a dimensão processual dessa construção enquanto “devir”, mais do que aquilo que dela resulta. Dessa maneira, os jogos de forças compareceriam em tensões permanentes, como por exemplo, no paradoxo sustentado entre identidade e alteridade em Freud, que Gondar destaca dentre os autores que enfatizam a dimensão processual da memória.

1.1.1 A singularidade e a produção do saber

Ao mencionarmos as várias éticas e discursos, visamos localizar alguns pontos da relação da saúde mental com a memória social à luz da psicanálise.

No que diz respeito ao que determina a adesão a diferentes paradigmas, nas Conferências Introdutórias, especificamente naquela intitulada “Psicanálise e psiquiatria” (1987 [1916-1917], p. 291), Freud atenta para os “motivos altamente pessoais que motivam as controvérsias científicas”, remetendo-nos curiosamente à dimensão da produção de um saber, que seria sempre particular. Essa posição nos interessa tanto epistemológica quanto clinicamente.

Na teoria lacaniana, encontramos a proposição sistematizada de uma ética própria à especificidade da psicanálise e que se opõe às especialidades na clínica da saúde mental:

Em sua ética a Psicanálise interdita a especialidade, pois está referida a um saber sobre o qual não se tem conhecimento e toma o sujeito, dividido (...) como baliza de seu trabalho. Assim, não somente assume sua condição de ‘saber não saber’, mas, no nível institucional, retira das outras áreas o caráter de especialidade: se é o sujeito que aponta a direção do trabalho, não há um saber prévio e empírico sobre ele” (ELIA, L.; COSTA, R.; PINTO, R., 2005, p. 129-130).

Podemos trazer a consideração acerca do sujeito como aquele que diz de um “saber não sabido”, ou seja, inconsciente, para a nossa discussão sobre os diferentes saberes em jogo

nas instituições de Saúde Mental, o que, por si só, já interroga a ordem disciplinar. É preciso lembrar que os saberes são construções contextualizadas e não verdades absolutas aguardando constatação. Calcam-se em uma noção de realidade a ser compartilhada. Esta concepção de “realidade a ser compartilhada” nos interessa na medida em que trabalharemos o conceito de território em saúde mental, como valores compartilhados entre os sujeitos que nele habitam, o que lhes proporciona um chão simbólico em comum. Também abordaremos adiante a importância da variedade dos saberes disponíveis na instituição de saúde mental e seus efeitos sobre a configuração das memórias individuais e sociais.

No texto “A perda da realidade na neurose e na psicose” (1987 [1924], p. 207), como o próprio título diz, Freud declara que sempre há uma substituição da realidade. Quando esta se apresenta insuportável, são forjadas outras realidades consoantes com as posições subjetivas dos sujeitos: seja na fantasia para a neurose, seja no delírio psicótico.

Lacan, ao longo de sua obra, também aproxima neurose e psicose. Em sua primeira clínica (estruturalista), segundo Elisa Alvarenga, na apresentação da Conferência de Alfredo Zenoni posteriormente publicada (ZENONI, 2000, p. 10), a neurose e a psicose são tratadas como estruturas que teriam funcionamentos distintos: na neurose, haveria uma operação subjetiva que faltaria na psicose.⁵ Na segunda clínica, continuísta, as estruturas passam a ser consideradas como formas diferentes do sujeito lidar com uma falta fundamental que existe para todo ser falante.

A versão continuísta não invalida o diagnóstico estrutural, mas acentua o que há em comum e de próximo entre as estruturas, possibilitando uma discussão ética fundamental acerca daquilo que não poderíamos considerar “*déficit*” (ou seja, devedor de um “bom funcionamento” qualquer, tomado como referência), mas “diferença”.

A Psicanálise, em sua especificidade, nos diz de uma diferença absoluta, do vazio constitutivo de cada um de nós, no entanto relacionada intrinsecamente à alteridade, que se encontra tanto “fora” (algo estranho porque diferente de si mesmo) quanto “dentro”, pois haverá sempre algo de irrepresentável e que se desconhece a respeito de si próprio.

A rigor, para a psicanálise não seria pertinente utilizar o termo “indivíduo”, justamente por conceber o chamado sujeito como algo que ocorre em decorrência do encontro sempre parcial do humano com a linguagem. Se esse encontro é “em parte”, nada poderia ter de

⁵ Essa operação subjetiva diz respeito ao “Nome-do-Pai” mencionado anteriormente, lembrando que seria o registro da função paterna enquanto autoridade e alteridade, um significante primordial em torno do qual o psiquismo se organizará. Em *O Seminário III*, destinado às psicoses, e no XXIII, sobre o *synthome*, ficam postuladas as diferentes posições mencionadas (neurose e psicose), que fazem uso ou prescindem deste significante do “Nome-do-Pai” enquanto eixo organizador, respectivamente.

“indivisível”. Além disso, na referência ao indivíduo há uma ilusão de autonomia, pois o sujeito implica em *sub jectum* (etimologicamente, posto debaixo). Ou seja, posto debaixo do Outro, da cultura.

Assim, o humano está sujeito à dimensão linguageira que o antecede (e, portanto, preexiste como algo externo), na qual está imerso desde o seu nascimento. Essa estrutura de linguagem, entretanto, o constitui intimamente, sendo o sujeito falado e falante, mas nunca totalmente recoberto pelas palavras por meio das quais tenta definir-se, faltando sempre algo. Esse ponto que resta desempenha uma função psíquica e permite que nos reinventemos constantemente enquanto sujeitos, ressignificando o que assumimos enquanto memória.

O vazio constitutivo de cada um de nós, segundo a Psicanálise, permanece enquanto ponto enigmático e desempenha um papel estruturalmente fundante do psiquismo, ou seja, ponto em torno do qual se organizará. Encontramos esse vazio em Freud, relacionado ao trauma originário, trauma este decorrente da perda do primeiro objeto de amor (primeira separação), ao qual também podemos nos referir como a separação entre a coisa e a palavra.

Lacan vai transpor essa operação para a falha estrutural da lógica significante ao supor que não há uma associação fixa entre significante (o som da palavra) e significado (seu conceito) e que essa associação será feita a partir do encontro de cada um com a linguagem. Assim, supomos que também o universo da linguagem, com todos os seus possíveis desdobramentos na cultura, originalmente possui um ponto enigmático, um “sem sentido”, que servirá de causa e sempre deixará algo a desejar.

1.1.2 O que resta entre o sujeito e a cultura

Ao enfatizar o conceito lacaniano de “objeto a” visamos sublinhar a relação da subjetividade com a cultura da qual advém. O “objeto a” é um conceito psicanalítico que diz respeito a um processamento do objeto fundamentalmente perdido (*Das Ding*, a “Coisa” freudiana) na inauguração da relação do sujeito com a linguagem, a partir do trauma originário, acontecimento impossível de simbolizar.

Do ponto de vista do romance familiar do neurótico, na obra freudiana encontramos esta perda primária associada à primeira separação daquele que realiza a maternagem ou os primeiros cuidados do recém-nascido e que será seu primeiro objeto de amor, fadado à ausência, destinada a se repetir em cada ocasião em que a falta do objeto terá, para cada sujeito, que se resolver psiquicamente.

A hipótese freudiana para a fundação do psiquismo é de que a prematuridade do humano, que o incapacita para responder às exigências da vida no momento de seu nascimento, faz com que esteja ligado àquele que cuida dele e assegura a sua sobrevivência. Esse cuidado ocorre através do investimento de desejo que possam lhe endereçar e é expresso através do alimento, da proteção, do olhar atento a qualquer sinal do bebê, que passa então a ser visto e interpretado como pertencente àquele meio no qual ele está advindo. A suposição de que este e aquele som ou movimento possuem uma dimensão simbólica, ou seja, “querem dizer alguma coisa”, é que humaniza os de nossa espécie. Cabe apontar que, na escuta, também pode haver uma dimensão de humanização, na medida em que vestimos simbolicamente o que se apresenta como insondável. Assim, podemos dizer então que humanizar é dar *humus*, dar terra e chão simbólico, dar “território” (para retomar o solo desta pesquisa).

1.1.3 A memória social como o mais íntimo que vem de fora

Encontramos, no texto freudiano que trata da angústia (FREUD, 1987 [1916-1917] [1915-1917] p. 478), a alusão ao que não é simbolizado (e, portanto, da ordem do que chamamos insondável), sendo proveniente de uma origem muito arcaica que Freud remete à “herança filogenética”, ou seja, ligada mais à história da espécie do que à do indivíduo, chegando a postular em momentos posteriores de sua obra que a ontogênese remonta à filogênese. Nesse contexto, a angústia seria o “resíduo” que atesta a revivência desses acontecimentos não simbolizados.

Em consonância com esse miolo sem nome que, no entanto, se transmite através das gerações, em “Moisés e o monoteísmo” (FREUD, 1987 [1939]), considerado um dos textos “antropológicos” de Freud, o autor fala em “verdade histórica e a verdade filogenética”, localizando como tarefa analítica trazer à luz “o núcleo da verdade histórica das formações do inconsciente”. A análise propõe a tarefa incessante e fragmentária de fazer falar um passado imemorial que não deixa de se fazer ouvir. Freud chamou de “fósseis de referência” os traços sobre os quais os sujeitos constroem suas narrativas.

Entendemos que Lacan se apropriou de Freud e considerou como “herança” aquilo que o Outro deixa para cada sujeito, ou seja, aquilo que a estrutura de linguagem consegue construir em torno dessa falta estrutural, originária. Assim, a herança seria a falha estrutural que permite o advento do sujeito ou seria o “tesouro dos significantes” que, embora faltoso,

antecedeu qualquer possibilidade de sujeito? Interessante notar que as duas dimensões andam amalgamadas.

Essas dimensões também nos remetem mais uma vez à discussão das vertentes acerca da memória social, em que associa a herança simbólica como contexto histórico construído – e, portanto, em relação ao que é compartilhado. Cabe dizer que, a rigor, ao considerarmos o saber inconsciente e o conceito de realidade psíquica em psicanálise, relativizamos estruturalmente a possibilidade de um contexto totalmente *a priori* e estático, no campo que veio a constituir-se como memória social. Porém, cremos de fato haver acordos locais acerca das significações possíveis, apesar das infinitas variações que possam aparecer relacionadas a isso. Esse repertório compartilhado, que associamos ao conceito de território trabalhado ao longo deste texto, guarda, desse modo, também relação com o que foi designado nesse campo como memória coletiva.

Ao mesmo tempo, associamos aquilo que é da ordem do inominável, o vazio constitutivo de cada um de nós e que está no cerne de nosso funcionamento inconsciente à vertente mais instável da Memória Social, ou seja, aquilo que tenciona e motiva enquanto devir as construções em comum. Isso porque o inominável é transmitido por *extimidade* – neologismo lacaniano para enfatizar quão a divisão intimidade/exterioridade é enganosa, pois, no que diz respeito à constituição subjetiva, o que é mais íntimo ao sujeito é o que lhe vem da exterioridade; trata-se, portanto, de uma “exterioridade íntima”.

Com Lacan sabemos que só é possível ao sujeito articular-se nos intervalos dos significantes em cujos vãos podemos perseguir alguma verdade: “(...) sem o significante no começo é impossível articular a pulsão como histórica” (LACAN, 1988 [1959-1960], p. 261). Esse dito nos remete à clínica da linguagem como norte e, portanto, também ao Real⁶ que lhe é constitutivo.

A partir dos desafios da clínica podemos localizar como cada um toma para si os postulados gerais ideologicamente veiculados. A afirmativa de Lacan que articula a pulsão à via significante nos aproxima da discussão histórica e, por que não dizer, política, que envolve essa veiculação ideológica e a discussão acerca das instituições sociais, inclusive a psiquiátrica.

⁶ O Simbólico, o Imaginário e o Real seriam os três registros essenciais da realidade humana “O Simbólico remete simultaneamente à linguagem e à função compreendida por Lévi-Strauss como aquela que organiza a troca no interior dos grupos sociais; o Imaginário designa a relação com a imagem do semelhante e com o corpo próprio; o Real, que deve ser distinguido da realidade, é um efeito do Simbólico: o que o Simbólico expulsa, instaurando-se” (LACAN apud CHAVES, 2009).

A discussão ideológica que perpassa a clínica, historicamente acompanhou o tratamento dos transtornos psiquiátricos, inclusive sua invenção, pois até determinado momento, a loucura não era objeto de tratamento, mas apenas de exclusão, assim como doenças contagiosas ou comportamentos condenados socialmente. Trataremos dessa questão no capítulo destinado à memória da loucura. Na clínica psicanalítica, a ênfase recai sobretudo na questão da particularidade das escolhas (ainda que inconscientes), ou seja, na responsabilização radical do sujeito enquanto tal, que só existe *extimamente*.

Poderíamos tentar traçar uma analogia entre o movimento simbólico da cultura (*kultur*, termo freudiano para designar civilização), cuja dialética nos “compromete com” e o que Lacan formalizou conceitualmente como “Outro”: dimensão remetida à linguagem que nos antecede e inaugura o sujeito, justamente porque não se totaliza, dimensão atravessada pelo corte do Real, ou seja, aquilo que resta sempre inapreensível frente ao que o sujeito se estrutura como resposta. O sujeito seria a ordem inédita cavada no Outro da linguagem a partir desse corte, do vazio. Paradoxalmente, mesmo onde falta o sentido, faz-se presente a matéria da linguagem da qual todos somos feitos, *mater* de onde viemos, estatuto da letra que nos aproxima do Real e da literalidade do discurso tal qual se apresenta na loucura. Voltaremos a isso.

Assim, viemos ao longo deste texto articular quão necessário é para a natureza linguística do ser humano sua inserção simbólica numa ordem maior que o anteceda, assim como as implicações disso para a sua própria estruturação psíquica. Esse “algo maior”, faz de cada um algo “exterior” a si mesmo, legado de uma cultura que “ex-creve” no “inconsciente estruturado como uma linguagem” (LACAN, 1998 [1964], p. 25) a dimensão que transcende o propriamente subjetivo na escrita de cada sujeito.

De acordo com Luciano Elia, caberia, entretanto, a diferenciação “...entre a categoria de Outro e a ordem social e cultural. Essa ordem é eivada de valores, ideologias, princípios, significações, enfim, elementos que a constituem como tal, no *plano antropológico*” (grifo nosso) (ELIA, 2004, p. 40). Já o Outro é uma ordem significante e inconsciente, transmitida nas relações sempre “para além” do que se pretende deliberadamente. Uma forma interessante de visualizar essa distinção seria pensar que o Outro é o social menos um (Outro = social - 1). Isso quer dizer que, apesar de todos os elementos significativos ordenados na família e na sociedade, o que possibilita o sujeito é justamente que eles não sejam meramente incorporados como estímulos ou fatores sociais de determinação. O que chega a ele é um conjunto de marcas materiais e simbólicas (significantes) que suscitarão um ato de resposta que se chama sujeito.

Fundamental percebermos como a palavra “ordem” aparece repetidamente. Uma outra forma de definição possível do Outro seria entendê-lo como um recorte feito de modo singular numa cena que já era humana, social e cultural. Tomemos a relação de quem cuida (a mãe e tudo aquilo que ela traz como marca) da aparição de quem chega nessa cena (o recém-nascido): a mãe transmite algo que não sabe que o faz e para além do que pretende, ou seja, também fora marcada pela dimensão da falta, do vazio do não-senso e, dessa fenda entre os significantes, advém o sujeito. Sem tal falta, não haveria sequer espaço para o desejo de ter um filho, por exemplo; é esse desejo que, por sua vez, marcará esse filho. É o espaço entre significantes ordenados, porém sem sentido fechado, que propicia surgir originalmente o sujeito. É a falta que precisa ser transmitida na dupla dimensão de quem passa e de quem recebe.

Na sequência desse raciocínio, se considerarmos também a cultura como um certo saber instituído, no entanto, também influenciado pela dimensão do inconsciente (considerando que dos desencontros produzidos pela linguagem não se escapa), esse plano nomeado acima como “plano antropológico” nos interessa e nos faz interrogar como a lógica do inconsciente se faz presente nas escolhas “cotidianas” da vida, lembrando da existência corriqueira do inconsciente relatado por Freud no título da obra “Psicopatologia da vida cotidiana”. Ou seja, pensemos a incidência do inconsciente em toda e qualquer produção humana, seja diretamente (manifestações da pulsão, sintomas, sonhos etc.), seja indiretamente, como as sublimações ou até mesmo nos comportamentos defensivos que se coloquem do lado do recalque e assim interfiram amplamente nos trajetos dos sujeitos, bem como nas formas que constituíram suas organizações culturais.

Embora não seja o caso de adentrarmos aqui nas questões especificamente antropológicas, acreditamos ser viável a aproximação entre os planos antropológico (valores, ideologias, significações etc.) e da memória social pela via da abordagem da memória como construção (em ambos os sentidos anteriormente apontados por Gondar) e não como uma verdade acerca do fato que se passou, que alguns poderiam supor como definição histórica. Fundamental ressaltar que não seria esta a abordagem da dimensão histórica que nos interessa, mas sua vertente mitológica, na justa medida que possibilita a articulação da pulsão.

Assim, poderíamos dizer que a psicanálise ficaria mais do lado da concepção processual de “construção” sem, no entanto, desconsiderar o “construído” até então. Isso que fora construído se constituiria como o solo simbólico, terreno do Outro que antecede o sujeito e do qual se parte. Cabe constatar que é essa dimensão que associamos ao “território” de que se trata na presente pesquisa e na clínica psicossocial na qual atuamos.

Considerando as colaborações de Halbwachs, observamos que o autor privilegiou a memória como um mecanismo racional, no qual a “memória coletiva” seria obtida por intermédio do “consenso mínimo para o funcionamento da vida social (...) com base em acordos tácitos e contratuais entre indivíduos singulares” (GONDAR e DODEBEI, 2005, p. 35). Poderíamos afirmar que a psicanálise nega isso? Viemos ao longo deste texto tentando articular quão necessário é para a natureza linguística do homem sua inserção simbólica numa ordem maior que o anteceda, assim como as implicações disso para a sua própria estruturação psíquica.

Retomando a questão, de que maneira aquilo que é estável, favorecido por Halbwachs em sua teoria da memória, e o que é instável, apontado pela psicanálise (já que preconiza as tensões permanentes, por exemplo, o paradoxo sustentado entre identidade e alteridade), poderiam ser postos em diálogo?

Para Halbwachs, acerca do que elaborou enquanto “memória coletiva”, haveria uma estabilidade relativa à manutenção de valores de um grupo, ou seja, uma memória consensual minimamente necessária ao funcionamento da vida social, afirmando que “sempre levamos conosco certa quantidade de pessoas” (HALBWACHS, 1990, p. 38). A meu ver, uma bela maneira de dizer da herança que nos faz ser o que somos.

Interessante notar que Halbwachs, inclusive, diferencia a memória histórica (enquanto datas, história aprendida etc.) da memória vivida, o que o autor relaciona à transmissão e à tradição. Essa diferenciação será retomada adiante ao discutirmos a configuração da memória enquanto território subjetivo.

A concepção de memória que nos interessa seria algo em movimento constante, cuja ênfase recai sobre o caráter dinâmico das construções simbólicas da civilização, cujo movimento afetaria todos de alguma maneira, inclusive o analista. Por outro lado, a psicanálise postula que as produções inconscientes subjazem ao movimento simbólico, com efeitos diretamente relacionados às formas que a civilização conta para lidar com elas.

Sob essa perspectiva, a cultura não seria uma verdade de uma vez por todas constituída, cabendo a nós somente acessá-la, como pode fazer parecer as vertentes mais historicistas da cultura, as memórias estáticas dos museus ou mesmo a modalidade do saber científico (que postula verdades absolutas aguardando constatação). Sustentamos que a cultura seja algo permanentemente produzido, não sendo possível uma mera descrição do mundo tal qual se apresenta, mas um atravessamento inerente às nossas posições subjetivas.

Polarizando aquilo que acreditamos estar imbricados, haveria tanto algo já estabelecido (porém não-todo, ou seja, não pleno e não definitivo), quanto algo em

permanente movimento, justamente por não conseguir completa nomeação ou lugar, por não ter sentido e, por isso, prosseguindo em repetidas buscas, fazendo da ausência, causa.

No que diz respeito à ausência como causa e no contexto do diálogo transdisciplinar proposto, encontrei no argumento de Foucault a afirmativa de que “a ausência é o primeiro lugar do discurso” (FOUCAULT apud ALBERTI, 2002, p. 44). Essa proposição me pareceu extremamente elucidativa para pensar a relação intrínseca entre o sujeito e a ordem simbólica da linguagem, que desenvolveremos a seguir.

1.1.4 O sujeito como função variável e complexa do discurso

Encontramos tal concepção numa aula proferida por Foucault, na qual ele questiona as instituições e os discursos socialmente veiculados, aos quais articula a questão do desejo (o que associaremos aqui à posição subjetiva inconsciente). Posteriormente, soubemos que a fala de Foucault fora produzida durante um período de interlocução com Lacan, o que corrobora a impressão de estarem de fato abordando assuntos que se relacionam intimamente: a constituição inerente da produção dos discursos a uma falta da qual se originaria (“a ausência é o primeiro lugar do discurso”), assim como a estreita relação da questão discursiva e o estatuto do sujeito, que seria “função variável e complexa do discurso” (FOUCAULT apud ALBERTI, 2002, p. 46).

Nessa mesma época em que Foucault interroga o que é um autor, Lacan convoca a todos, desde 1968, a construir a *Scilicet*, revista em que se escrevia sem assinar, em prol do rigor das ideias e não do discurso já socialmente estabelecido (na ocasião, referia-se ao que chamava de “discurso universitário”, o qual criticava).

Nestas passagens observamos um “diálogo” que nos remete à articulação que viemos tentando traçar entre aquilo que escapa ao instituído socialmente (e, portanto, relacionado aos conceitos de simbólico e histórico) e àquilo que do instituído não se pode prescindir. Os personagens seriam o desejo e a instituição:

O desejo diz: ‘Eu não queria ter de entrar nesta ordem arriscada do discurso; não queria ter de me haver com o que tem de categórico e decisivo [...]. E a instituição responde: ‘Você não tem por que temer começar; estamos todos aí para lhe mostrar que o discurso está na ordem das leis; que há muito tempo se cuida da sua aparição; que lhe foi preparado um lugar que o honra mas o desarma; e que se lhe ocorre ter algum poder, é de nós, só de nós, que ele lhe advém (FOUCAULT, 1996, p. 7).

E assim, referido aos “nós” do laço social, Foucault denomina como da ordem do desejo algo que associamos ao sujeito e sua origem inominável e pulsional. Na obra anteriormente relatada, o autor menciona que:

Talvez seja tempo de estudar os discursos [...] nas modalidades de sua existência: os modos de circulação, da valorização, de atribuição, de apropriação [...], a maneira pela qual eles se articulam nas relações sociais. [...] para apreender os pontos de inserção, os modos de funcionamento e as dependências do sujeito. [...] como, segundo que condições e sob que formas, algo como um sujeito pode aparecer na ordem dos discursos? Que lugar pode ele ocupar em cada tipo de discurso, que funções exercer e obedecendo a quais regras? Em suma, trata-se de retirar do sujeito seu papel de fundamento originário e de analisá-lo como uma função variável e complexa do discurso. [...] Quais as localizações aí preparadas para sujeitos possíveis? Quem pode preencher essas diversas funções de sujeito? (FOUCAULT apud ALBERTI, 2002, p. 45-46).

Neste fragmento de texto, encontramos uma ampla interrogação acerca dos discursos. Cabe ressaltar que não ignoramos as diferenças entre as mencionadas concepções teóricas: Foucault trata o discurso como acontecimento histórico e não como fenômeno linguístico que evidencia uma posição subjetiva, como o supomos na psicanálise lacaniana. No entanto, propomos aqui justamente apontar certa afinidade entre o papel da ausência apontada por Foucault na constituição do discurso e o estatuto discursivo do sujeito lacaniano, na qual a ausência enquanto furo é tomada em sua positividade e afirmatividade.

Gostaríamos de ressaltar também a interrogação feita por Foucault acerca das “localizações preparadas para sujeitos possíveis”, que nos remete à sua posição sobre a relação da identidade com a subjetividade.

Numa entrevista em que fala sobre a política da identidade (FOUCAULT, 2004), o autor questiona a própria constituição da identidade como algo que não suplanta a subjetividade, o que nos leva a associar sua posição quanto à memória, ao estatuto que a psicanálise também lhe confere, ou seja, algo que se aproxima do conceito de “diferença”, porém não sem relação com o universo das representações e dos saberes positivos constituídos historicamente. Tratar a questão da identidade como categoria a ser rompida, talvez diga a favor do inominável lacaniano e das maneiras como essa diferença absoluta se presentifica no mundo. O termo identidade faz referência ao ser igual a si mesmo. Mas, na concepção de sujeito tal como abordada pela psicanálise, esse “si mesmo” traz (em si) a diferença do Outro, por sua adesão à linguagem.

Por nossa vez, permanecemos considerando o sujeito como “fundamento originário”, no entanto, intimamente (*extimamente*) relacionado à “função variável e complexa do

discurso”, para utilizar os termos foucaultianos. Seguindo essas articulações, Foucault também expôs de forma crítica a relação estabelecida historicamente entre o considerado “normal” e o que fora construído como doença mental. Voltaremos ao autor para abordar sua memória acerca da história da loucura.

1.1.5 Sintomas de uma época

A nosso ver, por causa da íntima relação sujeito-Outro, as formas através das quais as sintomatologias se apresentam, seja na vida cotidiana, seja no modelo de tratamento que tudo medicaliza, relacionam-se diretamente com o aparato cultural. O saber científico-medicamentoso tem servido para calar a dimensão existencial do sofrimento, numa versão às avessas da famosa fábula de Monteiro Lobato (LOBATO, 2011 [1920], p. 31), na qual a “pílula falante” do Dr. Caramujo dá vigor à boneca, que então se humaniza.

Nessa fábula, o Dr. Caramujo fica imensamente feliz ao encontrar suas pílulas que haviam sido roubadas, pois sem elas não saberia curar. Foi tomando tal pílula que a boneca de pano Emília começou a falar “de um modo especial todo seu... sempre novidades”, pois de sabidas já bastavam a avó Dona Benta e a velha tia Anastácia. A boneca falava tanto que atordoava o Dr. Caramujo. Este, “que trabalha cientificamente”, no entanto, afirmou: “depois da falação, sossega e fica como toda a gente: isso é ‘fala recolhida’ que tem que ser botada para fora”.

Como em toda fábula, percebemos a transmissão de alguma mensagem relevante, no caso, a ironia quanto ao cientificismo e a indicação do precioso lugar da fala, além da alusão à própria questão daquilo que se transmite entre gerações, que inclui justamente a mistura entre o velho e a novidade, assim como caracteriza uma certa qualidade de memória denominada “memória vivida”.

Voltemos ao sintoma, como aquilo que não se adapta perfeitamente ao social e que, além de revelar algo da singularidade de um sujeito, revela também um ponto de falência do social, ponto onde o social rateia. Apesar desse aparente descompasso com a dimensão da cultura, ou seja, mesmo sendo o sintoma uma produção que se apresenta na contramão daquilo que se adapta ao social, observamos que em cada época vigoram quadros sintomáticos cujas roupagens se apresentam como “da moda”, ganhando rótulos e jargões reconhecidos no seio do que essa mesma sociedade passa a acolher como parte constituinte de sua organização: “estresse”, “pânico”, “depressão”, “problemas de memória”. Portanto, há

tendências nas quais determinados atributos da subjetividade de uma época predominam coletivamente.

Denise Maurano identifica a ocorrência de uma “ambivalência com o trato da memória”, na medida em que haveria uma tendência atual de medicalizar para extirpar o mal-estar (num claro apelo ao esquecimento), mas também um empenho em desenvolver HDs sempre mais potentes, como se nada esquecer nos garantisse a permanência da nossa existência:

[...] nos tempos atuais, temos a apologia aos psicofármacos indo por um lado na direção do apelo ao esquecimento, esquecer das tristezas, das tensões, dos medos, e, por outro lado, o pavor do Mal de Alzheimer e a busca de ginkgo bilobas, nas mais diferentes versões, inclusive as virtuais, digitais, eletrônicas, buscando o aumento da capacidade de nossos HDs “orgânicos-funcionais” e de prótese” (MAURANO, 2013, p. 12).

Segundo Andreas Huyssen (2000), há o aumento explosivo da memória (o que o autor denuncia como automusealização⁷) que, “empilhada nos arquivos e comercializadas em massa”, são mais facilmente esquecidas do que as “memórias vividas”. Assim, o autor questiona se o medo de esquecer gera o desejo de lembrar ou o excesso de memória gera risco de implosão e, portanto, o medo de esquecimento.

Dando andamento à proposta de interlocução com autores e saberes sob a perspectiva transdisciplinar, passemos a reflexões originadas especificamente a partir da leitura de uma obra de Friedrich Nietzsche, autor caro ao campo da memória social.

Até então, podemos extrair dentre os autores citados, as diferenças entre enfatizar os componentes estáveis da memória ou sua dimensão processual e dinâmica. Nietzsche, embora critique a rigidez do historicismo de sua época, vem afirmar sobretudo a importância da articulação entre os fatores históricos e a-históricos.

Essa concepção nos remete a uma série de articulações que viemos trazendo ao logo deste texto, entre a representação e o indizível, entre o sujeito e o Outro e, enfim, ao modo de funcionamento do inconsciente, onde vigora a lógica do paradoxo que não opõe um campo em detrimento do outro, mas considera as interfaces desses campos constituindo-se mutuamente. Vejamos como Nietzsche abordou a questão da transmissão dos atributos que

⁷ A “automusealização” ocorreria através da memória narrativa atual – câmeras de vídeo, fotografias, restauração das cidades, comercialização da nostalgia, moda *retrô*, documentários, comemorações e memoriais, romances autobiográficos e históricos, assim como inclui a literatura psicanalítica sobre o trauma.

predominam coletivamente através do fluxo da história, elucidando a respeito da abordagem da memória social.

“Me é odioso tudo o que simplesmente me instrui, sem aumentar ou imediatamente vivificar a minha atividade”. Com essa citação de Goethe, Nietzsche inicia seu texto “Segunda consideração extemporânea – Da utilidade e desvantagem da história para a vida”, de 1879, no qual traz reflexões sobre a memória e o esquecimento, assim como critica o historicismo de sua época, em que predomina a rígida fronteira entre os saberes, denunciando o excesso de conhecimento histórico como uma doença da modernidade, “em meio aos sintomas mais peculiares do nosso tempo” (NIETZSCHE, 2003 [1879], p. 5).

Introduzindo oportunamente a questão que será trabalhada nos capítulos seguintes deste texto, chama atenção essa construção do texto nietzschiano, justamente usando o termo “sintoma” para designar características de uma época, ou seja, determinados atributos da subjetividade que predomina coletivamente.

Nos dias atuais, comumente o termo é utilizado referido ao saber médico, como algo que se apresenta individualmente, no corpo, ou mesmo na mente de cada um. No campo “Psi”, a subjetividade também costuma ser encarada como algo extremamente íntimo e particular.

Especificamente para a psicanálise, o sintoma estaria associado sobretudo à peculiaridade de cada sujeito, mas os conceitos psicanalíticos, se aprofundados, nos possibilitam incluir uma dimensão que não se limita ao “um”. O sintoma, assim como o próprio sujeito e seu inconsciente, possui uma estrutura de linguagem que faz com que seja endereçado ao Outro, incluindo redes de alianças simbólicas que configuram um campo social.

Podemos considerar que é papel do analista decifrar o movimento simbólico da civilização enquanto efeito da língua, enquanto “espiral a que o arrasta sua época” (LACAN, 1998 [1960], p. 322). Descrito dessa maneira, a ênfase recai sobre o caráter dinâmico das construções simbólicas da civilização, cujo movimento, de tão intenso, arrastaria a todos, inclusive o analista. Por outro lado, a psicanálise postula que as produções inconscientes subjazem ao movimento simbólico, com efeitos diretamente relacionados às formas com que a civilização conta para lidar com elas. Sob essa perspectiva, todo sintoma só poderia ser sintoma de sua época.

O paradoxo que nos lança ao Outro para nos tornarmos nós mesmos e da necessidade de pertencimento a algo maior que nos antecede remete às considerações nietzschianas acerca

da história: “o histórico e a-histórico são na mesma medida necessários para a saúde de um indivíduo, um povo e uma cultura” (NIETZSCHE, 2003, p. 11).

Encontramos em Anna Hartmann Cavalcanti a afirmativa de que Nietzsche não enfatiza o que distingue o histórico e a-histórico, mas o que os integra e articula. O autor associa o a-histórico ao princípio de criação, pois:

o ato criador requer, em geral, uma ruptura com o contínuo da história, como se toda vez que surgisse uma obra ou um feito de extraordinária originalidade uma linha perpendicular atravessasse a continuidade do tempo, gerando novas possibilidades históricas (CAVALCANTI, 2013, p. 90).

A Psicanálise, ao priorizar um desencontro, um vazio constitutivo do falante também deixa margem à variação de sentido e à revisitação de modelos. Tais modelos são os parâmetros que nos permitem (a intenção de) falar a mesma língua e compartilhar ou compactuar significados social e historicamente aceitos. A psicanálise, no entanto, vem ressaltar nessa lógica justamente aquilo que a subverte. O que subverte a lógica do sentido na linguagem, ao mesmo tempo em que propicia a sua articulação, é o “objeto a”.

O conceito de “objeto a” lacaniano diz respeito ao objeto fundamentalmente perdido (*Das Ding*, a “Coisa” freudiana) e, enquanto tal, é causa de desejo, presença da ausência, furo que todas as construções simbólicas circundam, sem saturar; fazem borda, ornamentando, adornando, sem, no entanto, suturar. É este permanente vazio que impele à criação, ou seja, os registros do Simbólico e do Real se articulando numa *extimidade* (exterioridade íntima) em que o sujeito tenta dar conta do inefável humano. Seria o “a” aquilo que ex-siste ao histórico?

Seria possível então, fazermos uma analogia entre o “objeto a” de Lacan e o “a”-histórico de Nietzsche:

O que o filósofo procura mostrar é que a paixão contida em todo ideal, em toda grande ação, em toda obra necessita da ilusão e da atmosfera protetora, só pode se desenvolver em um ambiente a-histórico, livre das limitações e condicionamentos do presente (CAVALCANTI, 2013, p. 89).

Como se o ato criador, referente ao princípio de destruição que impulsiona ao novo (algo que podemos aproximar da pulsão de morte freudiana⁸), pudesse prescindir da história

⁸ Força presente no psiquismo humano que resiste à significação e que nos impele ao rompimento dos laços com o Outro, em direção à morte, pois somente assim haveria a satisfação absoluta. Pulsão silenciosa, pois relativa ao objeto perdido (*Das Ding*) e seu correlato metonímico, o “objeto a”. Podemos entender seu funcionamento como referente ao de gozo, já explicitado, pois seu conceito foi elaborado a partir da pulsão de morte freudiana. Freud formulou a pulsão de morte como inerente à pulsão de vida.

para finalmente viver e agir no presente. Nesse ponto de vista, a pulsão seria positivada no sentido de destruição do velho para criação do novo, embora o potencial mortífero inerente ao humano explicitado por Freud também deixe seus rastros na civilização (por exemplo, a guerra). Voltaremos a isso.

Na vertente criativa, o “objeto a” poderia ser considerado o umbigo da criação; trata-se de um objeto metonímico a ser contornado através da linguagem, no entanto, de uma forma absolutamente pessoal (e é por isso que o sujeito é convidado a falar numa análise). Cada um produz seu enredo, sua verdade, o que fora conceituado por Freud como realidade psíquica e por Lacan como fantasia.

Como fora afirmado anteriormente, a psicanálise considera fundamentalmente o que é segregado dos discursos – o equívoco, a pulsão, o tropeço, o sintoma. A partir da consideração do inconsciente, poderíamos reaproximar a subjetividade de uma época à noção de sintoma, desde que a consideremos enquanto efeito do significante tomado em cadeia. Encontramos na contribuição de Maria do Rosário Barros à Conferência de Marie Hélène Brousse, tal aproximação:

(...) a subjetividade corresponde ao que poderíamos chamar de efeitos de sujeito, e não uma configuração qualquer que fosse próxima ao indivíduo psicológico. (...) A subjetividade é aquilo que se precipita de uma certa vontade, de uma certa organização. Esta noção não está muito longe da de sintoma. Então, ela tem de fato um caráter subversivo. O que vale dizer que tem de saída um caráter político. (...) A subjetividade vai aparecer para um analista como um tropeço, algo que não está no seu lugar; cada tropeço vai ser o Real do discurso do qual se origina (BROUSSE, 2003, p. 26).

Além disso, a aproximação entre subjetividade e cultura, suas produções sintomáticas como efeitos de sujeito, permite aos analistas questionarem quais as condições de possibilidade de o sujeito advir em nossa cultura. Esta, apesar de ser uma questão que parte da psicanálise (causada pelas problematizações de Foucault), se endereça também a outros campos do saber.

Nietzsche interroga sobre as desvantagens da história para a vida e sobre a necessidade de ruptura com sua continuidade para que possa surgir o ato criador. Passaremos ao diálogo com Walter Benjamin, à sua vertente crítica sobre a história e à especificidade de sua contribuição para pensarmos a questão da transmissão simbólica na constituição da memória.

O autor descreve como os combatentes da guerra tinham voltado silenciosos dos campos de batalha, “mais pobres em experiências comunicáveis” (BENJAMIN, 1994 [1936]), o que ele não relaciona apenas aos horrores da guerra, mas ao repentino progresso e

desenvolvimento da técnica que assim depuseram as referências simbólicas que até então organizavam o mundo e produziram uma nova forma de miséria. Esta “nova barbárie”, ao mesmo tempo que nos obriga a um novo começo⁹, nos desampara no que diz respeito à ordenação do laço social. Para Benjamin, a ciência não instrumentaliza a cultura, mas a sobrepuja.

Pensar a questão das referências simbólicas presentes em uma cultura em sua função de ordenamento do laço social nos remete à questão da transmissão que diz respeito à herança deixada pelo Outro a cada sujeito.

Outro ponto que aproxima as formulações de Benjamin da teoria psicanalítica ao pensarmos a questão da transmissão é a importância conferida à fala, evidentes tanto na tradição oral sinalizada em “O narrador” (1994 [1936]), quanto no texto “O autor como produtor” (1994 [1934]), no qual Benjamin propõe a autoria como “causa”, como capacidade de fazer falar o outro.

Não poderíamos deixar de citar também a importância da transmissão oral na obra de Lacan por meio do seu Seminário, iniciado em 1951 e eixo principal de seu trabalho durante todo seu percurso teórico.

Em “O narrador”, Walter Benjamin nos indica, com a chegada da modernidade, o silêncio como empobrecimento das “experiências comunicáveis” e, com isso, para a perda simbólica relacionada ao declínio da narrativa que, enquanto arte de contar, garantiria uma certa transmissão da experiência em comum, compartilhada.

Benjamin opõe a transmissão presente na experiência coletiva da narrativa, até então existentes na cultura, à informação jornalística e ao romance, que passaram a vigorar como produções culturais, cujos objetos são as experiências individuais. A psicanálise ganharia vigor neste momento de narrativas modernas centradas no eu.

No entanto, não podemos equivaler o indivíduo ao conceito de sujeito que, como o próprio termo aponta, é “submetido” à linguagem, segundo a qual o inconsciente se estrutura. Sob esse postulado, falar a partir do “indivíduo” seria impreciso, pois é originariamente dividido pela linguagem e marcado pela fluência do inconsciente.

Segundo Costa-Moura (2010) apesar de a psicanálise estar ancorada no campo das narrativas modernas, não se apoia no sentido e nem na comunicação hegemônica, que visa à transmissão linear de um conteúdo (como no romance clássico ou no jornalismo), mas “(...)

⁹ Podemos dizer que ao mencionar a barbárie que obriga ao novo, Benjamin alude à destruição amalgamada à criação, assim como a pulsão de morte de Freud e ao ato criativo de Nietzsche.

visa justamente às possibilidades de ruptura, de desvio da inércia imposta pela marcha” (p. 18).

Em “O autor como produtor” (1994 [1934]), Benjamin nos lança mais radicalmente na questão da ruptura como modificação do aparelho produtivo, propondo a autoria como “causa” a favor da qual se colocará a criatividade do escritor, situando seu papel revolucionário ou reacionário. O autor deveria ter a capacidade de causar o outro (no caso o proletariado) e fazer falar a partir da experiência. Não seria função do analista fazer falar?

Adiante, mencionaremos as falas de sujeitos submetidos a condições bastante específicas, caracterizando memórias comumente excluídas do bojo da história oficial, ao considerarmos a visão crítica de Benjamin acerca da concepção historicista tradicional, em que sempre haveria o predomínio dos vencedores sobre os oprimidos no que diz respeito à verdade histórica (BENJAMIN, 1987 [1940], p. 223). Nesse contexto, poderíamos dizer que ofertar a escuta a esses sujeitos é um convite e uma incitação à fala, no mesmo sentido do autor como produtor. Ou seja, apenas esses sujeitos, e somente eles, poderão dizer algo a respeito do que lhes ocorre, talvez provocando as mudanças necessárias em seus contextos adversos.

1.2 A memória das minorias como indício de uma outra história possível

Neste texto, as temáticas que aludem ao lugar onde o sujeito se insere, ao seu posicionamento, sua pertinência e afins, serão tratados a partir do conceito de território subjetivo como assunção de um lugar que estrutura a subjetividade, cujo referente sempre será seu Outro em suas diversas modalidades de laço social. As modalidades de laço são formas de se alojar no Outro.

A partir dessa perspectiva, podemos não só entender a memória social como constitutiva do território subjetivo do sujeito, mas o contrário também, ou seja, na medida em que nos reposicionamos frente à memória social, recriamos suas possibilidades, que já incidirão de maneira diferente sobre as subjetividades. Isso nos confere um lugar ativo no que diz respeito à memória social.

A colaboração de Halbwachs acerca da memória nos instrumentaliza a pensar a perspectiva do território como apropriação específica da memória no contexto mais circunscrito ao sujeito. Poderíamos dizer que o território o circunscreve, pois são os significantes extraídos desse chão simbólico que o nomeiam e lhe conferem sentido. Nessa

perspectiva, o território coincide com o território subjetivo, pois um só existe vinculado ao Outro.

Faremos uma pequena digressão, buscando situar qual seria a diferença entre memória social e a memória coletiva em nosso campo. Encontramos no texto “Memória individual, memória coletiva, memória social” (GONDAR, 2018), uma ampla compilação de autores advindos dos mais variados campos do saber, como história, filosofia, paleontologia, ciências sociais e da psicanálise, para afinal valorizar a ideia da memória enquanto relação, para além de qualquer oposição individual e coletiva.

A autora recupera, dentre vários autores citados (Jacques Le Goff, Pierre Nora, Lucien Febvre, Castoriadis, entre outros), diferentes critérios para diferenciar a memória social da memória coletiva. No entanto, um ponto que não é consensual, mas que reincide e que destacamos, é a presença ou não da escrita em determinados povos. A escrita é considerada um fator que favorece ou mesmo garante a transmissão simbólica que assegura a continuidade da memória social de determinada cultura. Aqueles grupos que não contam com o registro da escrita têm suas memórias restritas ao âmbito de sua própria coletividade (asseguradas por rituais, por exemplo, cuja forma de transmissão não passa pela fixidez ou materialidade). A escrita determinava se uma cultura dispunha de uma memória social ou apenas de uma memória coletiva.

Tal importância da linguagem escrita nas culturas nos remete metaforicamente à inscrição do significante Nome-do-Pai na constituição do sujeito e na ordenação dos laços sociais, cuja função primordial seria justamente a transmissão da ordem simbólica entre a memória social e a memória singular.

Por outro lado, chegamos a nos questionar, em tempos de globalização, que sentido faria pensarmos em memórias sociais locais, tão características a ponto de demarcarem com suas especificidades os territórios subjetivos que os habitam.

A resposta para esta pergunta motivou a presente pesquisa, a partir das diferenças muito significativas encontradas nos atendimentos psicológicos prestados na Zona Sul do Rio de Janeiro e no Centro da cidade para a população derivada da Baixada Fluminense. O desafio era narrar as experiências que explicitassem os contrastes e percorrer teoricamente o que todo carioca sabe ou, dizendo de outra maneira, o que já faz parte de sua memória social: que o Rio que aparece nas novelas em horário nobre é outro no subúrbio ou na Zona Norte, por exemplo. Sabe-se, também, que o Rio que se banha à beira-mar é distinto da cidade que pulsa nas vielas dos morros. Nesse sentido, a geografia do território é importante, no que delimita no Imaginário, no que diz no Simbólico e no Real que é capaz

de circunscrever no cerne dos discursos que constituem cada território.

Talvez, no mundo atual, capitalista e globalizado, a diferença entre as memórias seja determinantemente marcada pelo acesso ao capital que, por fim, designará qual memória poderá vigorar como parte da memória social oficial ou qual será tratada como minoria. A questão das divisões de classes atuais e suas consequências pautadas no fator socioeconômico aparece no texto de Peter Pál Pelbart, “Exclusão e biopotência no coração do império” (2001).

Sob essa perspectiva, admitir e demonstrar o território como memória coletiva é também defender a multiplicidade das memórias na cidade, assim como as diversas possibilidades de constituição de territórios subjetivos como memórias singulares.

Essa perspectiva sociológica nos remete às diferenças socioeconômicas na cidade do Rio de Janeiro, mas também se faz importante quando falamos da exclusão de outra ordem, como no caso do asilamento da doença mental. A psicanálise teoriza de maneira própria esta questão da localização de um sujeito em relação aos demais. No entanto, podemos considerar que nos mecanismos da constituição psíquica do sujeito, o Outro enquanto referência para subjetivação e o outro (com “o” minúsculo), enquanto os semelhantes que nos cercam, aparecem interligados logicamente como elementos de localização subjetiva.¹⁰

Quero sublinhar neste trabalho basicamente duas modalidades de exclusão: a segregação socioeconômica e o isolamento da loucura. Abordar as diferenças entre as categorias sociais nos impele evidentemente a uma leitura que agrupa variadas memórias, o que pode ser diferente de entender uma concepção mais reflexiva da memória, da qual podemos depreender um sentido social que abarca mais amplamente a todos, a despeito da multiplicidade das memórias envolvidas e que serão consideradas pormenorizadamente.

No que diz respeito à loucura, por ela deixar em evidência sua não pactuação simbólica com a memória social oficial, já que o louco “fala sozinho”, conseguimos abordar sua exclusão a partir de uma perspectiva mais global, já que no mundo todo a loucura vem sendo abordada assim, ou seja, sua exclusão é mais democrática no que diz respeito à lógica do “para todos”.

No entanto, acredito que toda vez que um grupo é considerado “minoria” (não no sentido numérico, mas na representatividade e no poder em relação às memórias

¹⁰ A psicanálise diferencia a localização simbólica do sujeito em relação ao Outro enquanto linguagem que o determina, dos processos subjetivos imaginários em relação ao outro (semelhante), como imagem com a qual se identifica ou se diferencia. Importante lembrar que, uma vez que o Outro fora veiculado através das primeiras relações constitutivas do sujeito, ele nunca mais poderá ser tratado como um simples outro, pois este estará necessariamente atravessado pelo universo enigmático da linguagem.

compactuadas socialmente) automaticamente se estabelece um déficit que o desloca deste contexto mais amplo que chamamos “social”, no qual todos estamos imersos. No nosso entender, essa diferença estabelecida nos impede de considerarmos todos como iguais perante as diferenças radicais constitutivas da singularidade.

Todos somos constitucionalmente desamparados, mas uns são mais do que os outros, pois contam com menos recursos instituídos, sejam discursos disponíveis, variedades de lugares por onde circulam, recursos enfim que acrescentam vias de articulação para os sujeitos.

Considerar que há diferenças entre territórios nos permite conciliar as idiossincrasias do âmbito da singularidade dos sujeitos às peculiaridades de grupos que se reúnem por determinadas características, identidades, hábitos, estéticas, discursos, enfim, suas memórias coletivas. Isso porque a pulsão, o gozo, as manifestações do sujeito desejante, não são substâncias etéreas desencarnadas da Terra. Elas só poderiam existir em seus quadrados – “cada um em seu quadrado” como diz um *funk*, considerando esse quadrado como a delimitação de um território. E é por isso que o território subjetivo é uma demarcação de si sempre vinculado ao território da memória coletiva. A prática com a psicose sempre nos informa da importância de estabelecer minimamente esse contorno.

A perspectiva da singularidade, a princípio, permite a desterritorização dos rótulos, para depois ressituar o sujeito em algo muito mais fundamental, que se encontra para aquém e além dos rótulos. Nele se situa o território subjetivo no qual o sujeito se reestabiliza após esta espécie de crise induzida que é uma análise.

Não é que o sujeito no final da sua análise se desnude de todos os rótulos que lhe encobrem e que lhe dão corpo; ele até o faz, mas para poder escolher de forma mais livre como seguirá se vestindo, ou seja, espera-se que tenha mais recursos simbólicos para a sua escolha. Poderá repaginar as antigas roupas ou refazê-las colocando mais estilo próprio. No entanto, a reciclagem se fará em cima dos mesmos tecidos, tirados do velho guarda-roupa, compradas na loja da esquina de seu velho bairro.

Vamos tentar descrever de uma maneira simplória a diferença que o território pode fazer no figurino do sujeito, por meio de uma crônica da vida cotidiana: a roupa provavelmente veio de uma multinacional e foi fabricada na China. Mas o que importa aqui é que foi comprada na loja do bairro, depois de nossa personagem acordar exausta, porque cuidou do filho doente durante a noite, antes de pegar um ônibus lotado, junto com a criança, que vai para o trabalho com ela. A personagem é doméstica e só chegará no serviço dentro de duas horas, pois embora more perto dos bairros ricos onde trabalha, o transporte

público é precário, o que implica ela voltar para a casa doze horas depois, quando iniciará a outra jornada de trabalhos domésticos. A roupa ficou apertada, mas a loja já está fechada e ela não poderá trocá-la. Felizmente, ela é uma moça que tem muitos recursos e sabe costurar muito bem, pois sua mãe, além de doméstica, também era costureira. Ela deseja fazer uma roupa linda e totalmente original, mas já é tarde e ela vai dormir, porque amanhã começa tudo de novo, ou melhor, quase nada de novo, mas tudo outra vez.

Embora traga uma situação absolutamente corriqueira, gostaria de destacar que, pelas adversidades interpostas pela precariedade socioeconômica, trata-se de uma verdadeira saga diária. Pensemos que o filho não estava doente como ocorre a qualquer criança. Essa cena se repete porque não há saneamento básico na comunidade. Nesse caso, não é possível a quem vive naquela comunidade se separar do resto ou do resíduo. Estamos ironizando com esta operação psíquica primária para dizer do mínimo de organização que garante a civilidade na vida cotidiana, por exemplo, as fezes fiquem separadas daquilo que então se configura como corpo, como casa, como território a ser cuidado. Como não pensar nas implicações subjetivas e de toda ordem, do sujeito ter que viver misturado aos excrementos, com o lixo, com o que deveria ser descartado e eliminado?

Nossa personagem fictícia protagoniza a luta diária pela sobrevivência, travada por todos, mas em muito melhores condições para alguns. Além disso, segundo relatarmos no próximo capítulo, não faltam exemplos e testemunhos daqueles que são submetidos aos horrores da violência explícita, com as quais convivem as classes populares no Rio de Janeiro e que se assemelham aos estados de exceção das guerras propriamente ditas.

Encontramos em Benjamin algumas ideias que nos fazem refletir sobre as diferenças entre as classes, que, na nossa experiência, se manifestaram sobre os serviços de saúde mental que assistem a camadas socioeconômicas diferentes, com grande repercussão sobre os conteúdos trazidos para a clínica.

Benjamin (1987 [1940]) aborda a luta de classe do proletariado, num contexto de crítica à divisão do trabalho que solapava os modos de vida pré-capitalista e pré-industrial, no bojo das críticas que já vinha tecendo contra o desenvolvimento técnico-científico. O autor entende o movimento da história do capitalismo como a expansão contínua da própria barbárie.

Para Benjamin, na “guerra de classes” (p. 223), a classe dirigente não cessa de vencer os oprimidos, que amargam a derrota que se evidencia também na construção histórica, pois a memória nega a experiência viva dos escravos, camponeses, operários e – poderíamos dizer – de todos os agentes excluídos do poder. A concepção de história criticada por

Benjamin neste texto intitulado “Sobre o conceito de história” corresponderia ao que estamos chamando de memória social oficial.

O autor então propõe a atuação do historiador como um colecionista que vai reunir os pequenos registros dos indivíduos oprimidos, o que significa “escovar a história a contrapelo” (p. 224). A partir desse tipo de engajamento, rompe-se com a atitude contemplativa do historicismo, atentando-se para a luta de classes e reorganizando os fragmentos históricos à luz do presente (ASSIS e CORDEIRO, 2015, p. 202).

Ou seja, o papel do historiador (ao que acrescentaríamos também do analista), é de explicitar como a narrativa histórica precisa ser contada a partir dos vencidos, de suas experiências autênticas, tal qual é vivenciada por eles, desmitificando, assim, os vencedores:

Nesse sentido preciso, o historiador materialista de Benjamin desconstrói a imagem engessada da tradição e da cultura e procura nas interferências do tempo, do passado e do presente, os signos de uma outra história possível (GAGNEBIN apud ASSIS e CORDEIRO, 2015, p. 195).

Cabe ficarmos atentos no presente àquilo que resiste ao que está consolidado na memória social como passado estratificado nos discursos oficiais, visando potencializar esses discursos alternativos. A narrativa dessas experiências nos permite vislumbrar no horizonte a promessa de mudança como: “confiança, como coragem, como humor, como astúcia, como firmeza” (BENJAMIN, 1987 [1940], p. 223), como sinal ou balbúcio de um outro porvir, signos de uma outra história possível (como disse Gagnebin na citação acima).

Essa concepção nos interessa na medida em que nos remete às narrativas da população atendida nos serviços públicos de saúde mental. Embora representem o resto social dentro da história oficial, seja na periferia segregada, seja na loucura asilada, acreditamos poderem oferecer, com sua firmeza e demais qualidades absolutamente surpreendentes e que resistem apesar de toda a adversidade, *links* para um outro porvir.

Ainda a partir da leitura de Benjamin, creio que a concepção do materialismo histórico que o autor propõe elucida nossa investigação a respeito do território:

(...) define exatamente aquele presente em que ele mesmo [o presente] escreve a história. O historicista apresenta a imagem “eterna” do passado, o materialista histórico faz desse passado uma experiência única. Ele deixa a outros a tarefa de se esgotar no bordel do historicismo, com a meretriz “era uma vez”. Ele fica senhor das suas forças, suficientemente viril para fazer saltar pelos ares o *continuum* da história (BENJAMIN, 1987 [1940], p. 227-228).

Benjamin acredita que o materialismo histórico destruirá o continuísmo da história, esta que se repete e visa se perpetuar. Nessa passagem Benjamin confere enfoque ao presente, pois somente nele é possível a ação.

Com a nossa proposição de ler a história como uma criação mitológica¹¹ que se aproxima do conceito de realidade psíquica freudiano, diria que não descartamos a possibilidade de estar com a “meretriz era uma vez”, crítica que Benjamin faz ao historicismo como história contínua. Contudo, entendemos que é justamente a criação mitológica do “era um vez”, que possibilita a atualização do passado no presente. Ou seja, esta seria uma modalidade de apropriação da história, que permite que a memória social seja ressignificada como memória singular e que o território seja habitado como território subjetivo.

O autor segue atrelando ao materialismo histórico a potencialidade de extrair do geral da história as particularidades “de uma época determinada, de uma vida determinada, de uma obra determinada”, que ao mesmo tempo preservam e transcendem a perspectiva do conjunto e da totalidade que os concerne:

O materialista histórico só se aproxima de um objeto histórico quando o confronta enquanto (...) uma oportunidade revolucionária de lutar por um passado oprimido. Ele aproveita essa oportunidade para extrair uma época determinada do curso homogêneo da história; do mesmo modo, ele extrai da época uma vida determinada e, da obra composta durante essa vida, uma obra determinada. Seu método resulta em que na obra o conjunto da obra, no conjunto da obra a época e na época a totalidade do processo histórico são preservados e transcendidos (BENJAMIN, 1987 [1940], p. 228).

Essa abordagem vai totalmente ao encontro da nossa proposta do território, ao afirmarmos que o sujeito só poderia se constituir neste território encarnado em uma época, uma vida e tudo o que comporta suas histórias experienciadas e concretizadas nas obras que realiza.

Propomos agora ressituar as proposições teóricas da psicanálise a partir dessas colaborações da teoria de Benjamin sobre o aqui e agora do território material e histórico. Ao nosso ver, abordar a “indeterminação universal” que habita o cerne do sujeito psicanalítico, sem considerar as qualidades inerentes às memórias coletivas que o constituem, seria negar que os discursos constituem modalidades de embricamento entre o

¹¹ Essa proposição será desenvolvida no capítulo 5 desta tese, ao discutimos o que consideramos como fato histórico, no contexto do território subjetivo em saúde mental. Até o presente momento, o conceito de realidade psíquica freudiano já nos possibilita a compreensão do que seria a criação de ficções a partir da elaboração de enredos próprios que ganham estatuto de verdade na memória dos sujeitos.

sujeito e seu Outro. Dessa maneira, correríamos o risco de propagar uma certa “meritocracia” dos potenciais do sujeito. Poderíamos dizer que, por ser evanescente, a dimensão do sujeito enquanto singularidade existe em qualquer contexto, com o que estamos de acordo. Porém, a sua dimensão desejante ou repetitiva, por exemplo, e a maneira com que virá a se articular, estará necessariamente vinculada ao seu contexto, encarnada ou exilada simbolicamente em seu território, com todas as qualidades que lhe caracterizam e com o Real que lhe for inerente.

Como tentamos transmitir com as trajetórias das mães que narraremos a seguir, o que testemunhamos é que uns são mais expostos ao Real do que outros. Para determinadas camadas da população, o Real não está alojado entre o Simbólico e o Imaginário como uma *extimidade* lógica a todo discurso, que eclode pontualmente como acontecimento traumático. Ele é o que caracteriza o território. Talvez esta peculiaridade de exposição ao Real aproxime em nossa prática as periferias e os psicóticos, aos quais dedicaremos o último capítulo desta tese.

Frente a isso, proponho uma consideração da memória social como o Outro que nos habita, tal qual as características universais e locais da linguagem, ciente de que suas especificidades provocam efeitos e proporcionam incidências específicas em cada território, a partir dos quais cada sujeito vai se constituir num território subjetivo.

Nessa perspectiva, o território subjetivo seria uma brecha na memória social oficial, a partir do qual, quiçá, poderemos buscar lugares mais confortáveis, mais favoráveis à sua singularidade desejante. Nesse sentido, embora o psicanalista seja partidário do evanescente do discurso, pode também admitir a importância das representatividades na memória oficial.

Conforme vimos em Benjamin, os sujeitos excluídos socialmente não encontram suas memórias coletivas reconhecidas. Isso implica dizer que todos aqueles que não fazem parte desses grupos, além de desconhecerem os fatores inerentes a essas memórias, pois lhe são alheias, geralmente falam a partir dos discursos oficiais.

Podemos acrescentar que, inclusive as produções frutos dos discursos das minorias, são frequentemente negligenciadas e até rechaçadas. Por exemplo, seus padrões estéticos. Como podemos constatar nas redes sociais, observamos severas críticas aos traços físicos prevaletentes entre os negros, como o cabelo crespo.

Um outro exemplo, e que tem sido alvo de polêmicas, se relaciona ao *funk*. As críticas parecem tomar como referencial as produções culturais das classes mais abastadas, na quais evidentemente o dinheiro e demais características de seu contexto repercutem no padrão estético e que, portanto, não poderia servir de parâmetro para avaliar as produções de outro

território, cujas memórias são tão diferentes e específicas. Creio que apenas poderíamos discutir essas produções a partir do território que lhe sustenta.

Devemos considerar que o *funk* pode ter um papel importantíssimo para o meio em que foi produzido – por exemplo na mobilização de laços internos à comunidade, como modo de expressão, como facilitador das relações sociais entre os jovens. Podemos também considerar o *funk* como sendo um modo de saber fazer com o próprio inconsciente, sobretudo no que diz respeito ao corpo, território da pulsão enquanto energia potencialmente criativa, mas também alvo de controle pelos discursos dominantes. Nessa perspectiva, o *funk* pode ser considerado uma apropriação, na prática, da memória social desses grupos que o produzem.

Além disso, o *funk* também pode ser considerado um meio de empoderamento daqueles que se identificam com ele, já que recebeu a notoriedade e o reconhecimento para além da própria comunidade. Por outro lado, por haver sido absorvido pelo mercado, essa produção já está sendo modificada em seus formatos e funções contextuais iniciais.

Devemos também considerar que o *funk* é uma das poucas coisas que as pessoas das outras classes sociais compartilham com as pessoas da favela, podendo ser um instrumento interessante de permeabilidade entre essas classes, relativizando, ainda que minimamente, e sob um circunscrito aspecto, a segregação das minorias. Como dito anteriormente, essa “minorias” diz respeito à representatividade no discurso oficial, embora abarque grande parte da população brasileira.

Por frequentar comunidades a partir do trabalho na saúde mental, uma outra característica bem típica que podemos atribuir a esses territórios é a cooperação mútua, ou seja, uma menor presença do individualismo. Talvez isso seja efeito do significante “comunidade”, termo que designa essa forma específica da habitação desses espaços tão peculiares que são as favelas, sempre muito povoadas, mas onde sempre cabe mais um.

A psicanálise questiona o que podemos extrair daquilo que segregamos em prol de uma reconfiguração no funcionamento do sujeito. Nesse mesmo viés, cito a característica popular de serem mais “comunitários” e questiono se não poderíamos aprender com eles algo a respeito. Ou seja, o que podemos extrair junto à periferia dos segregados sociais que nos auxilie na reconfiguração do cerne de nossa memória social?

Em um outro capítulo, passaremos à discussão da loucura no que diz respeito à sua exclusão interna aos discursos e ao laço social. Deste lugar *extimo*, a loucura tem muito a elucidar a respeito do funcionamento de nossa memória social. O mecanismo inerente à memória social oficial consiste em, por meio da exclusão das exceções, fazer-se regra.

Trago o exemplo de um caso bem difícil de manejar, pois acumulava as marcas tanto da exclusão socioeconômica quanto da segregação da loucura: Jonas era negro, pobre, morador da favela, usuário de drogas e psicótico. O lugar conferido pelos discursos estigmatizantes acarretam um peso enorme sobre o psicótico. Inúmeras vezes Jonas relatou quão agressivo era para ele o olhar das pessoas denunciando temê-lo, o que claramente motivava o aumento da ingestão de drogas (lícitas ou não), anestesia que tornava esse olhar mais suportável. Frente a isso, a internação era um recurso que entrava na sequência repetitiva dos seus sintomas e ao mesmo tempo em que propiciava um alívio ao afastá-lo desse olhar, reforçava a lógica segregadora da memória social, que se fazia regra. Todavia, não poderíamos afirmar que Jonas fosse uma exceção, nem tampouco minoria.

No próximo capítulo, continuaremos em busca da trilha da singularidade, em meio à aridez de um território abordado especificamente no contexto da assistência clínica em saúde mental. Relataremos alguns fragmentos de casos atendidos na Emergência Psiquiátrica de um grande hospital público no Rio de Janeiro, cujos enredos e memórias traziam as marcas dos territórios onde viviam.

2 A ESCUTA DO TERRITÓRIO

Freud, no texto “Linhas de progresso da terapia analítica”, sinaliza o alcance pouco vasto das “terapêuticas analíticas” comparado “à enorme quantidade de miséria neurótica que existe no mundo (...) e que ameaça tanto a saúde pública, que não pode ser deixada aos cuidados impotentes de membros individuais da comunidade” (FREUD, 1987 [1918], p. 180). Freud segue dizendo que, quando a consciência da sociedade despertasse e o Estado compreendesse a urgência de seus deveres, haveria instituições com “médicos” analiticamente preparados.

Em “Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise”, Lacan nos chama a atenção para a necessidade de que o analista, para sê-lo, se interesse pela dimensão do político e da cidade:

Que antes renuncie a isto, portanto, quem não conseguir alcançar em seu horizonte a subjetividade de sua época. Pois, como poderia fazer de seu ser o eixo de tantas vidas quem nada soubesse da *dialética que o compromete com (grifo nosso)* essas vidas num movimento simbólico (LACAN, 1998 [1953], p. 322).

A partir dessa posição, podemos afirmar, então, que “analisar uma época (...) é responsabilizar-se por seu lugar” (BROUSSE, 2003, p. 15), o que acarreta pensar de que forma um ato analítico poderia implicar também um ato político, ou seja, que retorne como contribuição para a cidade.

O lugar que se ocupa diz respeito à dialética que nos “compromete com”. Este movimento simbólico que Lacan associa à subjetividade de sua época configura o campo da memória social. Interessa-nos abordar este “lugar” como concernente à posição de sujeito de cada um e que, do ponto de vista político, também diz respeito ao analista. Voltaremos a isso. Responsabilizar-se por seu lugar, portanto, pode ser entendido como as incidências do sujeito na polis. A parte da cidade que diz respeito ao sujeito é o seu território.

Considerando que em psicanálise visamos à singularidade (ou seja, algo particular e não generalizável), não recuamos ao buscar formas de incidir no âmbito do público, apesar de considerá-lo como campo onde as particularidades tendem a ser ignoradas em nome do bem comum.

A psicanálise, em sua especificidade, aponta para o fracasso do sentido, a despeito da grande difusão da afirmativa de que “Freud explica”. Contudo, desde a primeira teorização a respeito do inconsciente, fala-se de algo que ocorre no desencontro do sofrimento que se apresenta no corpo da histerica com o discurso dominante na época. O sintoma denuncia que algo escapa à lógica da consciência e, assim, aponta para o mal-estar na civilização.

Como dito anteriormente, a psicanálise ocupa uma posição subversiva ao considerar o que escapa ao instituído na cultura dominante, ou seja, aquilo que é segregado dos discursos manifestos.

A respeito da abordagem da psicanálise acerca da coletividade, encontramos no livro *Psicanálise na favela*, do Projeto Digaí-Maré, a seguinte aposta:

(...) é possível destacar do mundo de coisas pouco evidentes que nos habitam, detalhes que sejam *links* para outros espaços. Com bases nesses elementos vindos da periferia, restos de dizer, reconfigura-se o mapa de uma vida. Contando com o impossível, em vez de buscá-lo, cria-se um novo lugar no coletivo (MACHADO e GROVA, 2008, p. 11).

A escuta como método surge justamente quando Freud propõe um “diga aí” às suas pacientes. Por sermos seres de linguagem, ao falarmos “o que vier à mente”, regra fundamental da associação livre, entramos em contato com aquilo que nos determina. Falar

livremente do que escapa ao sentido nos aproxima do indefinível em nós, mas que paradoxalmente nos determina.

Para Freud, nossas primeiras experiências de satisfação estão para sempre perdidas, mas repletas de efeitos no que se configura como nosso destino, num movimento que se repete sempre em busca deste indefinível, ou seja, “são restos de dizer que (re)configuram um mapa de uma vida”, como dito na citação acima.

Frente a este indefinível é que se torna desejável nos construirmos subjetivamente enquanto realidade psíquica, ou seja, vestir com ficções languageiras, histórias, narrativas, o que Freud chamou de fantasia na neurose e delírio na psicose.

De acordo com essa concepção, nosso psiquismo seria um aparelho de construir realidades através de suas memórias. Assim, por memória não se entende uma verdade acerca do fato tal qual tenha se passado, mas algo permanentemente em construção. Eis uma formulação específica de abordagem da memória social que nos interessa, ao associar subjetividade, memória e criação.

Entendemos a memória social como o modo em que os sujeitos sociais representam a si próprios, articulando passado, presente e futuro. Entretanto, não estamos apenas considerando a representação como produção consciente, referente estático do que se encontra em constante movimento, mas incluindo as dimensões do afeto e da invenção e, com estas, a possibilidade das memórias irrepresentáveis. Justamente por essa característica, aquilo que em determinado momento foi não-dito, pode transformar constantemente as formas de dizer. Na vertente psicanalítica, sabemos que a memória não se reduz àquilo que aparece nos discursos, mas também em suas entrelinhas.

Nessa concepção, a memória seria algo que se constitui na interseção entre o sujeito e o Outro, sendo ao mesmo tempo memória particular e memória social, numa torção moebiana¹² que estabelece uma continuidade entre essas duas bandas.

Ao abordarmos a memória social em sua relação com os espaços, valores e subjetividades de determinada cultura, encontramos no conceito de “território”, caro ao campo da Saúde Mental, elementos compatíveis com o nosso ponto de vista. Retomamos a citação que define o território como o que é “marcado por limites geográficos, culturais, socioeconômicos (...); conjunto de referências que desenham a moldura do cotidiano para

¹² A banda, fita ou laço de Möbius consiste num objeto topológico inventado em 1858 pelo astrônomo e matemático alemão August Ferdinand Möbius. A banda aparenta ter dois lados pelo efeito de torção quando na verdade tem um só. Lacan encontrou na banda de Möbius um importante recurso metafórico para interpretar a estrutura do aparelho psíquico.

cada cliente, seu território familiar, mitológico, jurídico” (DELGADO, 1997, p. 41). Segundo Pedro Gabriel Delgado, a concepção de território traz implicações clínicas. A partir disso, podemos entender que o conceito de território diz respeito às particularidades de determinada população abarcada pelos cuidados em saúde mental e que repercutem sobre o próprio cuidado, com suas incidências subjetivas.

Poderíamos afirmar então que o território comportaria a moldura da memória social daqueles que o habitam, com implicações íntimas e complexas para tais subjetividades e vice-versa. Nesse caso, crer numa via de mão única seria crer num determinismo social sobre os “indivíduos” ou numa autonomia absoluta do sujeito, o que etimologicamente seria impossível, uma vez que estamos todos sujeitos à linguagem, que nos antecede e nos divide (nos assujeita a ela), na medida em que dela nos apropriamos de maneira absolutamente particular. Eis a ironia presente em nosso enlace social via linguagem: não vivemos sem ele, doce ilusão.

2.1 Digai, Baixada¹³

Procurando me guiar pela psicanálise, atuei no setor de Emergência de um hospital psiquiátrico público da cidade do Rio de Janeiro que, no entanto, recebia a população de toda região metropolitana da Baixada Fluminense, conhecida pela precariedade socioeconômica que caracterizava esse território. Para minha surpresa, nesse serviço psiquiátrico não encontrei apenas a exuberância das produções psicóticas (que certamente também demonstram alguma exclusão), mas sobretudo personagens da violência: urbana, econômica, social e moral.

Desde um primeiro momento constatei que se tratava de um território muito peculiar, tanto no que diz respeito àquele determinado dispositivo de atendimento à crise quanto àquela parcela da população que recebíamos, predominantemente. Estaríamos nos deparando tão radicalmente com algo da ordem do traumático e da castração¹⁴, não como uma operação simbólica realizada na fantasia de alguém, mas falando literalmente de cabeças cortadas e

¹³ Parafrazeando o nome do projeto “Digai-Maré”, um trabalho de psicanálise aplicada da Escola Brasileira de Psicanálise (EBP) na favela da Maré, no Rio de Janeiro, a partir da parceria com a Redes de Desenvolvimento da Maré (REDES-MARÉ) que visa ao fortalecimento das ações locais. Tais projetos também contam com a intervenção da universidade, seja enquanto fomento para financiamento, seja enquanto campo de estágio (UFRJ e PUC-Rio).

¹⁴ O Complexo de Castração é um mecanismo psíquico que diz respeito à ameaça imaginária de perder algo muitíssimo importante; na fantasia infantil, trata-se daquilo que é objeto de desejo da mãe e, portanto, estaria ameaçado pelo pai, representante da interdição e da Lei.

expostas na frente das casas das famílias, em suas comunidades, para mencionar o extremo de um relato que nos fora endereçado.

Do meu lugar de escuta, era também testemunha de perdas inimagináveis, da agressividade desmedida, do gozo¹⁵ mortífero dos vícios e, num meio comandado pelo tráfico, da convivência com determinadas “leis” que, em sua arbitrariedade, nos remetem ao grande pai da horda primeva, que goza sem barreiras.

No texto “Totem e tabu” (1987 [1913]), Freud constrói um mito antropológico que retrataria a primeira forma de organização social humana, em que o primata mais forte impunha sua vontade pela força e fora vencido pela união de seus descendentes; no entanto, qual desses tomaria o poder? Mas, a partir da morte do pai, em vez da força bruta, passam a vigorar as leis que regem as normas sociais, inicialmente ligadas à interdição do parricídio e ao incesto, ou seja, não se pode matar o líder e nem se unir a entes do próprio clã. A consequência lógica dessa interdição é a propensão à feitura dos laços sociais: “saia de dentro de sua própria casa e vá em direção ao outro”, ou “se unam, não se matem”.

No serviço de saúde mencionado, os relatos que eu testemunhava me faziam interrogar em que medida compomos de fato uma civilização, dada a dimensão da barbárie que se evidenciava. Enfim, no serviço em questão, as demandas de atendimento chegavam volumosas e impactantes, na maioria das vezes misturando a “miséria humana”, a que todos estamos faltosamente sujeitos, às marcas devastadoras da truculência e miséria sociais.

Como nos utilizamos do arsenal psicanalítico, dos seus preceitos e técnicas, frente a isto? Sabemos que o traumático e o Real, enquanto a crueza do inapreensível, atinge a todos. Mas como lidar com este quando a fantasia, o delírio, os sintomas classicamente conhecidos, muitas vezes parecem estar suplantados por uma perplexidade, pura angústia? Sendo assim, como atribuir a sujeitos tão cruamente contrastados com o Real a implicação que concerne à clínica analítica?

O Real, na perspectiva psicanalítica, refere-se à crueza da impossibilidade de nomeação e sentido. Refere-se à aridez do não senso. Frente ao desamparo do ser falante, dessa maneira agravado, o risco do traumático, do impossível de simbolizar seria duplo: tanto sua exposição à ocorrência é aumentada quanto os recursos para sua elaboração encontram-se diminuídos.

¹⁵ O conceito de gozo em Lacan, enquanto referido a uma satisfação paradoxal que enoda prazer e dor, diz respeito ao encontro da pulsão com a linguagem e de algo que resiste a ela (já que não é possível se definir completamente); seria uma modalidade silenciosa da pulsão, releitura da “pulsão de morte” freudiana, na qual a realização plena de todos os impulsos só ocorreria com a própria morte. O gozo seria índice deste impossível e se impõe na vida de várias maneiras, por exemplo, através da violência.

Os recursos institucionais (no caso, também a instituição da Saúde Mental) são organizadores da vida social e do acesso aos bens e modos de gozar instituídos pela sociedade.

Miriam Debieux Rosa, em “Uma escuta psicanalítica das vidas secas”, texto no qual relata a experiência de escuta aos meninos de rua, faz-nos atentar às diferentes condições de vida e suas possíveis implicações para os sujeitos ao mencionar a grande parcela da população em “desamparo social”. Esses sujeitos muitas vezes são excluídos dos recursos institucionais organizadores da vida social que, afinal, são modos de dizer, são discursos. São excluídos também do acesso aos bens e modos de gozar instituídos pela sociedade, o que pode propiciar o que chama de “desamparo discursivo”, pois “(...) as estruturas discursivas que suportam o vínculo social, no que rege a circulação de valores, ideais, tradições de uma cultura resguardam o sujeito do Real” (ROSA, 2006, p. 42).

A maioria da população carioca (assim como a brasileira) encontra-se excluída dos modos sociais instituídos de tratar o gozo: educação, esporte, arte, análise etc., assim como formas de lhes dar vazão (usufruto de bens de consumo, por exemplo), ficando mais exposta ao que nos acomete a todos.

No entanto, certamente não se trata de mais uma vez excluir o sujeito, privá-lo de sua escuta, de uma certa “oportunidade de sujeito”, por assim dizer. É sobre essa dimensão que nos interessa interrogar, causar uma curiosidade, uma vontade de saber sobre a posição subjetiva desse sujeito. É na perspectiva deste mais além, que a palavra é convidada a comparecer, dizendo de outra maneira o que assola o sujeito, habitando o mundo da linguagem. A escuta nestes territórios adversos é uma ação política que permite ao sujeito se reapropriar da memória social reconstituindo sua memória singular.

Há uma dimensão ética e política na escuta que visa propiciar que o sujeito dê andamento às articulações significantes, reproduzindo-as ou modificando-as, e possibilitando a ruptura de identificações imaginárias congeladas, que muitas vezes atribuem lugares excludentes e marginais a determinadas classes de sujeitos, lugar de resto social que comumente lhes são atribuídos. A essa lógica associamos o que Andrés Di Masso designa como as retóricas ideológicas que podem legitimar a exclusão (DI MASSO e CASTRECHINI, 2012, p. 4).

Retomando os referenciais psicanalíticos, podemos afirmar que os discursos têm a função de refrear o gozo. Podemos relacionar o conceito de gozo àquilo que da pulsão resiste ao encontro com a linguagem.

Visando esclarecer um pouco mais a incidência do gozo sobre o funcionamento do sujeito, poderíamos dizer que o psiquismo tem uma dimensão econômica, de forças ativas que o movem e que se constituem como satisfações paradoxais; essas satisfações se manifestam em posições subjetivas que insistem e extrapolam a capacidade psíquica de serem representadas pela linguagem. Trata-se de um imperativo de satisfação pulsional dado o desamparo do humano frente ao saber instintual.

Desde que o homem se tornou humano, ou seja, deixou de ser guiado pelo instinto biológico para se lançar no universo dúbio da linguagem, sempre passível de mal-entendidos, sua “natureza” passou a ser marcada tanto pela significação quanto pela ausência desta.

O funcionamento social e as estruturas discursivas que aí circulam conferem lugares ao gozo; por exemplo: o uso de substâncias psicoativas (legalizadas ou não), o consumo desenfreado de objetos no capitalismo, a violência praticamente institucionalizada à população pobre etc.

Com a possibilidade de escuta, passamos a lidar com algo que é da ordem de uma escolha referente à posição desejante; desta maneira, deixamos de falar de objetos vitimados para dar-lhes voz. De pobres frutos de um sistema infeliz para sujeitos desejantes, torna-se necessária uma aposta num trabalho de implicação subjetiva, correlativo também a uma apropriação e construção da memória.

Esse trabalho pode não acontecer com todos os sujeitos aos quais convocamos, mas partir dessa premissa permite-nos colocar em jogo um fator fundamental a ser considerado, a saber, o desejo. Cabe ressaltar o que a própria psicanálise nos ensina, de que nem sempre o desejo aponta para “o bom e o belo”, lembrando-nos, por exemplo, de que também a guerra é parte constituinte da civilização.

Como aquilo que é da ordem do inconsciente se atualizaria nas demais situações da vida do sujeito, obedecendo ao movimento de repetição que é ¹⁶ inerente ao seu funcionamento? Além disso, como a dimensão do desejo poderia se imprimir no cotidiano desses sujeitos? Em outras palavras, como reafirmar a pulsão de vida frente a tanta manifestação mortífera, como se manter desejante frente ao Real do traumático que se impõe na realidade dessas pessoas?

¹⁶ Enquanto característica do funcionamento psíquico, a repetição aparece tanto no discurso manifesto quanto no que é alheio a ele, revelando sua precariedade e insuficiência; paradoxalmente, a repetição impele à criação, pois, ao se pautar em formas de satisfação e expressão anteriores, acabam calcando novos caminhos, na medida em que nenhuma repetição é exatamente do mesmo.

Frente a situações em que o impossível de elaborar não só persiste como inapreensível em cada um de nós, mas aparece como imposição na cidade, propomos a escuta, que incita, convoca a fala, a expressão desejante e, nesse movimento, a humanização.

Através da fala pretendemos que alguma roupagem simbólica possa se tecer, fazendo mínimo anteparo ao que é de impossível representação, mas que se apresenta, em que o desafio é colher e acolher o drama, sem tamponá-lo. A partir do fio do discurso que se tece, possibilitamos que seja elaborado um véu, que, ao mesmo tempo que encobre o horror também deixa ver o drama, guiando-nos em direção ao que se trata. Assim, torna-se possível circunscrever aquele traumático de forma absolutamente particular. Sem isso, facilmente recorríamos a subterfúgios protocolares.

No sentido de oferecer um lugar de endereçamento e expressão ao que restou de inassimilável na experiência traumática do sujeito, podemos dizer que buscamos tecer uma roupagem para o vazio desse Real indizível. Pode-se dizer que lhe damos instituição, ou seja, a possibilidade de elaboração de um contorno e até mesmo uma continência a partir dos atendimentos realizados no referido serviço. Nessa direção, tanto o *setting* institucional como o *setting* analítico ou transferencial podem servir àqueles que chegam até nós. Da mesma maneira, uma certa imersão nesse universo se faz necessária para que, em vez de evitarmos ou nos defendermos da angústia, possamos atravessá-la junto ao sujeito.

A escuta, enquanto acolhe a diferença do outro e seu sofrimento, pode ser extremamente penosa, sobretudo tratando-se de realidades socioeconômicas totalmente diversas das nossas, como se houvesse em nós uma espécie de “recalque social”, uma fronteira que, se rompida, nos submeteria ao sofrimento que evitamos. Ocorre que o conteúdo do recalco sempre retorna, assim como aquilo que é segregado socialmente numa mesma cidade, vide a violência urbana da população excluída que se impõe à face sobre a classe média carioca. Outro exemplo desse retorno seria o fenômeno da imigração das populações de países historicamente explorados, que passam a invadir os países ricos, para citar outro fenômeno atual.

Por minha vez, foi a partir da escuta que encontrei um instrumento para lidar com a diferença absoluta, com o impossível de elaborar, seja no âmbito do sujeito, seja nas formas que se impõem na sociedade. Através da escuta, pode-se construir saídas originais, particularizadas, frente ao que se manifesta maciçamente devastador. Assim, as saídas encontradas por cada um podem nos instruir sobre novas soluções acerca do que concerne a todos, à nossa coexistência, o que envolve uma dimensão política. Ou seja, que aquilo que

“transtorna” (assim como o “transtorno mental”) possa nos impelir a rever a crise dos nossos aparatos sociais e o modelo que queremos para a nossa sociedade.

2.2 O acesso à escuta como apropriação de memória

Na prática no setor da Emergência, muitas vezes não chegamos a esmiuçar os detalhes da malha dos discursos tal qual no processo de uma análise, mas, ainda assim, são considerados índices da posição subjetiva dos sujeitos e das relações muito próprias que se estabelecem com o Outro.

Citemos alguns exemplos de enredos particulares para situações em comum que se apresentaram no serviço:

Recebemos Maria, que tivera o filho assassinado por policiais na comunidade onde morava, aparentemente sem causa e de forma inesperada. Ela mal dormia ou comia, estava permanentemente irritada e aos prantos. Nos primeiros atendimentos soubemos que fora medicada com calmantes e antidepressivo; sua fala era comovente e indignada. Frente a ela, presenciávamos antes um sofrimento lacerante, do que propriamente uma doença a ser debelada, como de costume pela clínica médica, ou algo que se configurasse como um sintoma endereçado a ser percorrido como índice de um sujeito. Parecia que não havia o que pudessemos fazer – apenas acolhemos longamente a sua fala e concordamos com o caráter terrível do que lhe acontecera. Surpreendemo-nos com a questão que coloca a si mesma, como quem nos perguntasse: “e agora?”. Ao final do atendimento, Maria revela que pretende organizar uma mobilização contra a violência policial; foi dessa maneira que a ela foi possível se organizar temporariamente, até onde pudemos testemunhar, para manter-se “viva” e seguir seu caminho. Frente ao real da morte, Maria se propôs a interceder no social, modalidade da pulsão que aponta em direção à vida, ao fazer laço.

Já Bárbara, sob os escombros de uma perda semelhante, retorna ao serviço para solicitar internação e sedação para seu sofrimento. Na primeira vez, fora trazida pelos bombeiros, pois estava no cemitério tentando desenterrar seu filho com as próprias mãos; nesta ocasião fora internada. Num momento posterior, passa a ir diariamente à Emergências de Hospitais-Gerais receber injeções que a acalmam instantaneamente até a próxima crise de agitação, quando se morde, se bate ou desmaia. Em seguida, já não atendemos à sua demanda eterna por internação ou aumento de medicações; nos repetidos atendimentos, costumava não querer falar sobre si, apenas queixava-se veementemente de tudo e de todos, que não serviam para nada e não faziam nada por ela. A psicanálise, nesse ponto, é algo cruel: apenas ela

mesma poderia fazer algo acerca da mudança da sua posição. Bárbara já havia sido encaminhada, em vão, para uma escuta mais sistematizada, mas parece imersa no gozo do sofrimento e, dessa estranha maneira, continuava retornando à Emergência, de onde sustentávamos a aposta de que essa mudança de posição poderia ocorrer. Até então, Bárbara caminhava na direção oposta à de Maria, na via da repetição mortífera da pulsão. A psicanálise é o único saber que visa abordar essa vertente humana que é a pulsão de morte. Tal pulsão tem uma profunda relação com o que em psicanálise se conceitua como gozo, já mencionado anteriormente. O imperativo de satisfação, em seu último termo, encontra na morte seu horizonte último. O acesso irremediável ao gozo de cada sujeito só poderá ser percorrido um a um, através do que as palavras não comportam, mas abrigam em suas entrelinhas. Embora o gozo não seja compartilhável, existem formas de gozar socialmente constituídas. Poderíamos dizer que a violência à qual é submetida a população das favelas no Rio de Janeiro, como verdadeiras execuções em massa, são manifestações sociais de gozo institucionalizadas. Bárbara, assim como seu filho, foi dizimada em suas possibilidades enquanto sujeito do desejo.

Valquíria, à sua maneira, também parece pedir algum tipo de contenção; tem impulsos de socar seu filho e, às vezes, o faz. Conta também que amarrou a boca do bebê quando este chorava e sente-se devastada por isso. Com o seu relato, lembra-se das atrocidades com as quais conviveu no tráfico, quando era namorada do dono da “boca”. Este chegou a matar por ciúmes e essa lembrança a atormentava muito. Lembrava-se do vício, da violência, das mortes, parecendo em seus atos identificar-se a isto. Na sua fala, algo de outra ordem aparece sinalizado pelo sintoma atual. Apesar de visivelmente dopada, sua agressividade só diminui à medida que vai falando, e isso ela mesma percebe. Esse episódio demonstrou de forma impressionante o poder terapêutico da fala e, portanto, da escuta, na clínica da crise, em detrimento de qualquer recurso emergencial protocolar, como a própria medicalização. Apesar das severas dificuldades econômicas que enfrenta, não se lamenta por isso, pois se dá conta de estar melhor hoje em dia do que na época anteriormente relatada. No momento em que diz “estar melhor hoje em dia”, algo nela se ilumina: antes entregue à figura de doente, enlouquecida de ódio, passa a comparecer ao serviço com algo de uma dignidade, como alguém que renasce. Posteriormente, passa a se perguntar de onde vem tanta raiva. Chega a formular algumas questões que situa em meio às suas relações familiares, especificamente o afastamento de seu pai. Foram se delineando versões para as formas de exclusão que se apresentavam nos dois âmbitos: no lugar social marginal que ocupou no passado e no seu sentimento íntimo de abandono, questões que revelavam se relacionar *extimamente*. Reforça o

pedido de prosseguimento do atendimento psicológico, pois pretende descobrir as respostas para essas perguntas que formula. Passada a “emergência”, ou seja, a aparição de algo que não estava conseguindo ser dito ou, no caso, mal dito, fora feito o encaminhamento.

Assim, observamos respostas de sujeitos diferentes, em situações parecidas, na medida que a violência irrompe de alguma maneira: uma tem a felicidade de se colocar contra a violência e assim contornar a situação com a qual fora confrontada, não retornando mais ao serviço; a segunda é tomada pela violência, como quem se afoga levada por uma onda gigante, mas começa a se debater em direção aos retornos à Emergência, fazendo sintoma. Aqui, o papel da instituição é oferecer-se como cais, referência em torno da qual o sofrimento encontre alguma ancoragem e, portanto, seja passível de ser abordado. Por mais legítimo que fosse o seu sofrimento, nossa intervenção visava sempre particularizar o enfoque sobre o seu sintoma para que, via a elaboração de uma demanda que não fosse a sedação, pudesse ensaiar algum preâmbulo de saída do exílio solitário que é o gozo do sofrimento. Já a última parece encenar a violência, até começar a distanciar-se dela através de sua fala, a qual começa a interrogar.

Refletindo sobre o horror a que essas mulheres foram submetidas, testemunhamos formas distintas de lidar com o sofrimento: sofrendo, sedando o sofrimento, falando a respeito, buscando saída para ele ou até gozando dele, pois apenas a morte parecia poder portar alguma verdade frente a tamanho horror.

Frente ao impossível, cabe-nos encontrar meios menos nefastos de abordá-lo. Em nosso trabalho, propomos nossa presença e escuta como lugar de “retorno”, em torno da qual visamos mediar com as palavras, o que se apresenta como indizível.

Em “O analista cidadão”, Eric Laurent (1999) sinaliza que os analistas não devem temer dizer que querem uma cidade menos opressora e segregadora. Que a abordagem das singularidades possa nos ensinar saídas válidas para um número maior de pessoas: “o interesse que tem para todos a particularidade de cada um (...) transformá-la em algo útil, em um instrumento para todos” (p. 15).

Através da interlocução entre psicanálise, saúde mental e memória social, propusemos elaborar algumas das relações complexas inerentes aos sujeitos e suas sociedades. Freud, em “O mal-estar na cultura” (FREUD, 1987 [1930]), em que ressalta justamente a dificuldade inerente ao homem em coexistir (entre outras coisas, por conta de suas pulsões narcísicas e destrutivas), usa o exemplo do sistema solar para dizer da ligação do homem à civilização. Esse laço se daria através do desejo – ao mesmo tempo o que há de mais íntimo e aquilo que nos lança em direção ao outro:

Tal como o planeta que ainda gira em torno de um corpo central além de rodar sobre seu próprio eixo, assim o indivíduo também participa do desenvolvimento da humanidade enquanto segue o seu próprio rumo na vida (FREUD, 1987 [1930], p. 143).

Na metáfora freudiana, somos impelidos a girar em torno do sol do desejo, apesar de também girarmos em torno de nós mesmos, malgrado o mal-estar que isso comporte. Unindo paradoxalmente estas dimensões entre subjetividade e alteridade, resumimos o imbricamento do social ao singular, nessa história do que é particular a um e pertencente a todos.

Quis apontar elementos positivos na reflexão sobre a experiência nesta instituição que acolhe a população deste território peculiar que é a Baixada Fluminense, buscando enfatizar a pulsão de vida tão surpreendente e tão necessária nesse contexto, no qual se apresenta profundamente amalgamada a pulsão de morte. Aqui, a aposta na palavra como antídoto comparece a favor da pulsão que impele em direção ao outro e não contra ele, a favor do laço social. Sem o acordo civilizatório, em que cada um abre mão de uma parcela de gozo em prol de ordem social em comum, só nos restaria a barbárie.

Nosso eterno desafio é seguir com a nossa prática, com a escuta enquanto ação política, sem a ingenuidade de negar a presença inconciliável e constitutiva da pulsão de morte, mas também sem subestimar as possibilidades de reconstrução do funcionamento social regido por nossas memórias sociais pelas quais somos todos responsáveis.

3 A MEMÓRIA DA LOUCURA

“Como é alto o preço que nossos hábitos mentais têm que pagar quando nos associamos a uma concepção da história que recusa toda cumplicidade com aquela à qual continuam aderindo esses políticos” (BENJAMIN, 1987 [1940], p. 225).

Nesta parte do trabalho visamos colocar em questão a importância do discurso da psiquiatria na atualidade, pautando-nos na leitura de que sua instituição foi e é uma construção que veio a ocupar um lugar privilegiado vindo a constituir na atualidade uma versão oficial da memória social da loucura. Assim, faremos uma pequena digressão considerando as diferenças na memória da loucura num tempo anterior ao conceito de doença.

3.1 O conceito de doença mental, suas implicações subjetivas e sociais

As condutas desviantes da norma social foram encaradas de maneiras diversas por nossa sociedade ocidental:

Até cerca de 1650, a cultura ocidental foi estranhamente hospitaleira a estas formas de experiência. Nos meados do século XVII, brusca mudança; o mundo da loucura vai tornar-se o mundo da exclusão. Criam-se (e isto em toda a Europa) estabelecimentos para internação que não são simplesmente destinados a receber os loucos, mas toda uma série de indivíduos bastante diferentes uns dos outros, pelo menos segundo nossos critérios de percepção: encerram-se os inválidos pobres, os velhos na miséria, os mendigos, os desempregados opiniáticos, os portadores de doenças venéreas, libertinos de toda espécie, pessoas a quem a família ou o poder real querem evitar um castigo público, pais de família dissipadores, eclesiásticos em infração, em resumo todos aqueles que, em relação à ordem da razão, da moral e da sociedade, dão mostras de "alteração" (FOUCAULT, 1975, p. 52).

Michael Foucault pode ser considerado o maior expoente da “história da loucura”, nome de uma de suas mais importantes obras. Partimos desse autor para começar a estruturar o nosso pressuposto da doença mental e suas formas de enfrentamento¹⁷. Em seguida, nos utilizamos de alguns autores contemporâneos que tocam a questão da Reforma Psiquiátrica, em seus efeitos discursivos que visam uma transformação na memória social da loucura. Pretendemos mostrar como as contribuições teórico-clínicas da psicanálise participam desse movimento.

Foucault percorre as diversas formas de abordagens ao tema citando, por exemplo, a Grécia Antiga, onde o louco era considerado como possuidor de poderes diversos e a loucura era interpretada como uma manifestação dos deuses, sendo reconhecida e valorizada socialmente, de maneira que não havia necessidade de seu controle ou exclusão.

Já no início da Idade Média, a loucura era vista como expressão das forças da natureza, sendo abordada por um misto de terror e atração, sendo mais tarde, considerada como possessão por espíritos maus. Segundo o autor, já existia aí um controle ligado ao funcionamento social e econômico que a Igreja executava a partir de suas práticas e ideologia. Porém, tanto durante o período da Antiguidade quanto da Idade Média, “...a loucura era no essencial experimentada em estado livre, circulava, fazia parte do cenário e linguagem comuns” (p. 54).

¹⁷ Para informações mais detalhadas, ver FOUCAULT (1972 e 1975); CASTEL (1978); e DESVIAT (1999 e 2001); Para uma leitura crítica da psiquiatria ou sua Reforma no Brasil: BEZERRA e AMARANTE (Org.), 1992 e *Relatório de Inspeção a Serviços Psiquiátricos*, Brasil, 2004, disponível em http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2011/09/Relatorio_inspecao_unidades_psiquiatricas.pdf

Além de sua conhecida obra exclusivamente dedicada à “História da Loucura” (FOUCAULT, 1972) no livro intitulado *Doença mental e psicologia* há um capítulo que trata exclusivamente da “constituição histórica da doença mental”. Nesse texto há uma passagem muito curiosa em que Foucault descreve minuciosamente dois momentos distintos em que a Medicina foi acionada pela Igreja e pelo Governo para atestar argumentos que se opunham em suas informações, mas que convinham em seus respectivos contextos: primeiramente que “os pactos e ritos diabólicos podiam ser explicados pelos poderes de uma imaginação desregrada” (p. 52) e depois para “mostrar que todos os fenômenos do êxtase, da inspiração, do profetismo, da possessão pelo Espírito Santo eram devidos somente (no caso dos heréticos, é claro) aos movimentos violentos dos humores ou dos espíritos” (p. 52). Ou seja, no primeiro caso, tratavam-se de atividades que eram, em realidade, imaginação; no caso dos hereges, eram questões espirituais passíveis de punição.

Citamos esse trecho do texto, entre tantos outros registrados por Foucault, para explicitar como os saberes podem ser direcionados e utilizados de acordo com interesses específicos. Desde essa perspectiva, a discussão acerca da memória social considerada oficial se torna extremamente pertinente, pois revela de que forma existem versões oficiais da memória que legitimam os discursos em vigor em determinada sociedade. Os saberes são discursos cuja manipulação sempre envolve inúmeras consequências sociais, culturais e, sobretudo, econômicas, no que diz respeito à nossa sociedade, guiada pelo capital. Essa lógica se aplica também ao saber médico.

Seguem, ao longo dos séculos, as ligações entre as concepções de loucura e seus contextos históricos, com suas respectivas produções de memórias, servindo a interesses diversos. Nota-se que somente a partir do Racionalismo Moderno, a “desrazão” passa a ser desqualificante para aquele que transgride ou ignora a moral racional. Isso se dá paralelamente ao surgimento do conceito de doença mental, que, não à toa, é contemporâneo ao surgimento da psiquiatria.

Manuel Desviat, notável psiquiatra espanhol, expoente da Reforma Psiquiátrica¹⁸, questiona o estatuto da “velha psiquiatria”, que nasce num contexto revolucionário (alusão do autor à Revolução Francesa e à mudança de paradigmas que lhe corresponde), para logo após

¹⁸ A Reforma Psiquiátrica, como o próprio nome diz, é um movimento que propõe a revisão das práticas psiquiátricas, visando aprimorá-las ou mesmo questionando seu estatuto enquanto saber instituído. Adiante, traremos de um breve histórico das vertentes que constituíram esse movimento, visando sempre recortar as referências que influenciam este trabalho teórico, assim como a prática que o originou. O conceito de território, central no presente texto, foi inicialmente extraído da Reforma Psiquiátrica Italiana, sendo posteriormente desenvolvido a partir da teoria psicanalítica lacaniana por meio da concepção de território subjetivo.

tornar-se:

(...) pensamento dogmático e estereotipado: mecanismo de defesa ante o novo. (...) A psiquiatria não é uma ciência autônoma. Aceita aquilo que lhe é útil, venha de onde vier. E, neste sentido, a psiquiatria de um tempo é a ciência desse tempo (DESVIAT, 2000, p. 125).

Não objetivamos com esses argumentos tampouco demonizar a psiquiatria, mas pensar com a psicanálise e alguns outros saberes a noção do funcionamento social do ponto de vista dos discursos que promove e legitima desde o interior de suas estruturas. Interessa-nos sobretudo tratar os discursos como produtores de memórias e, portanto, de posicionamentos também subjetivos.

O autor assinala ainda que a psiquiatria surge junto com a própria concepção de saúde pública na França revolucionária, a partir do momento em que se considera a coletividade como critério para definir o que é saudável (DESVIAT, 2001, p. 127). Esse ponto retrata bem como os conceitos de saúde mental e saúde pública não podem ser pensados separadamente.

A saúde pública nasce atrelada à questão política do Estado responsabilizar-se e cuidar do bem-estar da coletividade. Evidentemente, tal concepção traz implícita a questão do controle e da vigilância dos cidadãos, no que diz respeito à engrenagem entre o individual e o coletivo, visando à organização social e à ordem pública (FOUCAULT, 1977; AMARANTE, 1994; DESVIAT, 2001).

No entanto, o que gostaríamos ainda de ressaltar neste momento é o condicionamento do que se considera saudável à questão contextual de onde e quando se passam os acontecimentos, sobretudo no que diz respeito às questões subjetivas.

O enodamento constitutivo da subjetividade ao social vem sendo posto em evidência nesta investigação pela via da memória social, que nos oferece subsídios para pensar o território, noção cara ao campo da Saúde Mental e operativa para seus modos de intervenção, numa perspectiva que entendemos já implícita no conceito. Aqui propomos explicitá-lo e desenvolvê-lo, a partir de subsídios conceituais psicanalíticos, como território subjetivo. Os territórios subjetivos dizem respeito aos modos específicos de apropriação do território, ou seja, como vinculação psíquica dos sujeitos aos contextos onde vivem. Nessa perspectiva, os territórios jamais poderiam ser um mero cenário onde se desenvolvem estruturas psíquicas profundas e inacessíveis, mas são parte constitutiva desse psiquismo. O novo matiz que gostaríamos de introduzir aqui é pensar que essa vinculação ocorre por meio da constituição intrínseca entre a memória social e a constituição do sujeito enquanto memória singular.

Dessa maneira, consideramos o território enquanto memória social local, atravessado tanto por memórias sociais mais amplas (ideologias, identidades ligadas à nacionalidade, saberes instituídos etc.) quanto pela apropriação que cada um dos sujeitos que habitam tal território fizeram e ainda fazem dele.

Assim como há as singularidades dos sujeitos que coabitam um mesmo território, também um território pode agregar diferentes peculiaridades conforme a região à qual referende no plano de sua memória social. Por exemplo, nos diferentes bairros da cidade do Rio de Janeiro, todos que têm ali sua origem são cariocas, com toda a carga simbólica, cultural e psíquica que a “carioquice” possa portar; mas, já relatamos as diferenças explícitas encontradas nos atendimentos de saúde mental: na Zona Sul e na Baixada Fluminense, as especificidades geográficas, sociais, culturais, econômicas, étnicas etc., certamente incidirão na produção das subjetividades presentes nesses territórios.

A saúde coletiva considera essas peculiaridades ao pensar, por exemplo, qual dispositivo assistencial funcionaria melhor em determinados territórios, associados às características da população em foco: são adolescentes ou idosos? São mulheres ou crianças? Tais características determinarão, talvez, se a cor da campanha preventiva será rosa ou terá uma mascote, se montam um grupo de *hip hop* ou de crochê, por exemplo. As empresas de marketing também já exploram os nichos dos estereótipos existentes na sociedade há tempos. Os estereótipos ou identidades são categorias constitutivas da memória social.

Na saúde mental podemos entender a categorização de doenças como uma restrição daquela pessoa aos estigmas sociais que lhes correspondem. Por outro lado, também pode ocorrer que a classificação tenha um efeito de nomeação, a partir da qual o sujeito se autodesigna para se situar no que se passa com ele, aparentando ser a resolução para o incômodo, podendo aplacar momentaneamente sua angústia. Voltaremos a isso.

Essa lógica tende a gerar um efeito de alienação da própria memória, que, por sua vez, acarretará consequências pessoais e sociais.

Portanto, a identificação do sujeito proporcionada por sua alienação às categorias de doença elimina a possibilidade de subjetivação do sintoma, isto é, compreendê-lo como inserido numa lógica mais ampla que diz respeito àquilo que ele tem de mais íntimo e que se relaciona aos seus afetos, suas relações, seus modos de funcionamento psíquico e de estar no mundo, a maneira que vivencia seu corpo, sua libido, seus valores, a forma como se define e também a dimensão que não consegue definir. Enfim, o sintoma, ao menos na perspectiva psicanalítica, diz respeito ao próprio sujeito.

Segundo Jaime Claro Gómez, nas Jornadas da Escola Lacaniana de Psicanálise, na

Espanha, sobre as Novas Identidades (2017), quando as etiquetas não remetem a nada, são vazias de sentido, tais quais os códigos classificatórios, são formas de segregação.

O autor associa a questão da classificação diagnóstica a uma máquina, com funcionamento muito restrito e duro “quase permanente e imodificável” (GOMÉZ, 2017), na medida em que não é dialetizável pelos sentidos a que possam se relacionar. No entanto, as classificações são usadas para determinar procedimentos, como medicamentos e condutas. Para o autor, o funcionamento da máquina é regido pelo fluxo automático gerado entre classificações e condutas e, embora não funcione sozinho, ninguém se sente responsável por ele.

O principal aqui é que sejamos capazes de perceber o impacto dessas categorias sobre os sujeitos, principalmente porque muitas vezes já estão incorporadas pelo vocabulário social, ou seja, absorvidas em sua memória. Ou seja, o discurso da psiquiatria passa a ser oficializado como memória social.

Ter a possibilidade de se apropriar do sintoma, ressignificá-lo, é também poder responder por ele de um outro lugar, menos subjugado pela “máquina”. A responsabilização pelo que ocorre ao sujeito diz respeito à assunção de seu território subjetivo e de sua memória.

Retomando o ponto central desta tese, a instauração de um território subjetivo só poderia ocorrer a partir de sua inserção singular em seu território de referência, o que vincula intimamente sua memória com a memória social.

Visando expandir a discussão para além do asilamento ao qual a loucura vem sendo submetida desde sua conceituação como doença mental, podemos dizer que de fato as psicoses, em sua relação com o que chamamos de loucura, nos mostram uma certa inadequação em relação ao corpo social. No entanto, a perspectiva de abordagem que será corroborada aqui, vai na direção do laço, propondo a articulação social dos sujeitos psicóticos, ao invés de seus isolamentos.

Face a isso, é primordial entender o território em sua rede de valores simbólicos, jurídicos, econômicos, assim por diante, e enfim, quais dentre estes serão admitidos como valores legítimos e apropriados como territórios subjetivos que virão compor a matéria constitutiva da memória social. Muitas vezes, ao tratarmos de sujeitos excluídos socialmente, percebemos que suas memórias não são sequer reconhecidas, validadas, o que prejudica muito o trabalho de localização subjetiva do sujeito.

Frequentemente falamos a partir da autoridade dos discursos dominantes que vigoram socialmente (discurso científico, religioso, jurídico etc.), desconhecendo completamente as

ficções, as crenças, os costumes, os valores, a mitologia, a memória, enfim, partilhados no território habitado por aqueles sujeitos que, mesmo quando são superiores numericamente, são considerados “minorias”, precisamente pela posição que ocupam em relação aos discursos dominantes.

Saindo do território dos discursos locais para o território mais amplo de um discurso que vigora socialmente, retomamos a contextualização do saber psiquiátrico científico em sua perspectiva histórica oficial: para Desviat (2001), o mérito de Philippe Pinel, reconhecido como “pai da psiquiatria”, foi restituir uma parte da razão ao alienado, reconhecendo sua subjetividade, ou seja, conferindo um rosto humano à enfermidade. No entanto, acrescenta que:

as mudanças na ideologia social e científica da época, junto com a massificação dos asilos, fazem perder o espírito humanista e esperançado dos primeiros alienistas (...). Na saúde pública, no último terço do século XIX, há um enfraquecimento progressivo da saúde que culmina com o desaparecimento de seu componente social e a consolidação da versão tecnocrática e tecnológica (DESVIAT, 2001, p. 128)¹⁹. (livre tradução)

Ou seja, subverteu-se o princípio humanista da saúde como bem comum para colocá-la a favor da “ordem como princípio e o progresso como fim” (p. 128).

Impossível não lembrar da mensagem cravada em nossa bandeira e ressaltada sobretudo na época em que no Brasil vigorava a Ditadura Militar. Ironicamente, a palavra “progresso” nasce no contexto positivista e reaparece no bojo do autoritarismo (*Estadão*, 15/05/2016), em que se daria às custas da aniquilação da diferença. Tal questão ideológica e política nos interessa quando abordamos os discursos dominantes. Esta temática será retomada adiante, quando interrogaremos a adesão ou mesmo o apelo aos discursos totalitários como um fenômeno mundial crescente no Brasil e no mundo.

No presente texto, Desviat localiza nos acontecimentos acerca da saúde pública mundial uma eterna dicotomia histórica entre conservadorismo e mudança. Seguindo a diretriz do autor, nos caberia interrogar a atual condição das práticas que realizamos em saúde mental.

Enfim, podemos afirmar que todos os autores da Reforma Psiquiátrica localizam o advento da psiquiatria e sua concomitante categoria “doença mental” a fatores contextuais e a

¹⁹ No original: *Los cambios en la ideología social y científica de la época, junto con la masificación de los asilos, hacen perder el espíritu humanista y esperançado de los primeros alienistas (...). En salud pública, en el último tercio del siglo XIX, hay un debilitamiento de la salud progresivo que culmina con la desaparición de su componente social y la consolidación de la versión tecnocrática y tecnológica.*

determinadas conjunturas históricas, ideológicas, econômicas etc., ou seja, negam veementemente a psiquiatria como um saber purista, travestido da pretensa neutralidade científica. É nessa perspectiva que defendemos a ideia que o trabalho com a saúde mental, bem como os parâmetros teóricos que o orientam, são intrinsicamente relacionados com a memória social que o referenda.

Para constatar tal teoria, basta observarmos nosso cenário atual, onde prevalece massivamente a influência do mercado farmacológico nas condutas terapêuticas e até na vida corriqueira de qualquer cidadão, na psicopatologização da vida cotidiana, em que a depressão substitui a tristeza ou luto, o déficit de atenção predomina onde antes era o afã infantil, a síndrome do pânico substitui a velha angústia e assim por diante. Parece que nada escapa às catalogações, cada vez mais numerosas. Para a maioria da população, considerando o senso comum, essa concepção classificatória é entendida como “natural” e, destacada de seu contexto, faz parecer que sempre foi e, portanto, sempre será assim.

Nesse sentido, torna-se fundamental recuperar a variedade de concepções constituídas ao longo da história em torno do termo “doença mental”, demonstrando que a escolha do que se elege como verdade predominante, ou seja, o discurso socialmente vigente como memória oficial, é totalmente relativo e imerso no bojo das questões ideológicas (PITTA, 1995; CLAVREUL, 1978; TENORIO, 2000)²⁰.

Não pretendemos aqui excluir da discussão as correntes de pensamento que se detêm na questão das substâncias e do funcionamento neuronal, por exemplo, supondo que fosse possível apartá-las da questão da demanda condicionada pelo mercado e suas promessas de felicidade em pílulas. Por outro lado, basta deslocar a questão neuronal isolada e contextualizá-la na vida de uma pessoa para que a complexa e incomensurável conjuntura compareça com todas as suas implicações e efeitos.

Assim, não seria excessivo afirmar que não só a psiquiatria, como tudo que é produção humana, encontram-se submetidos às questões conjunturais, pois envolvem o outro, assim como todas as características que configuram um meio social em comum, por meio do princípio lógico de que toda memória é veiculada através da memória social. A esse respeito retomaremos o conceito halbwachiano de memória coletiva.

Halbwachs considerava a memória coletiva como uma faceta dos laços sociais que são

²⁰Além dos autores da Reforma Psiquiátrica no Brasil e no mundo, há publicações que interrogam a questão da medicalização contemporânea desde a perspectiva psicanalítica: CLAVREUL, J. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, 1978. TENÓRIO, F. Desmedicalizar e subjetivar: a especificidade da clínica da recepção. In: *A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental. Cadernos do IPUB n°17*. Rio de Janeiro, UFRJ/IPUB, 2000, entre outros.

estabelecidos e reinventados de forma permanente através da lembrança. Em uma dimensão mais relacional da sociologia, ele buscava investigar a memória para além das proposições que acreditava serem individualizantes da psicologia da época, afirmando não existir, na íntegra, uma memória individual. Para ele, a memória é sempre social (pelo simples fato de a recordação acontecer por intermédio da interação com os outros, colocamo-nos sempre na perspectiva de nossas experiências sociais). Embora sejam linhas teóricas evidentemente diferentes, é inevitável não recordar a afirmativa freudiana de que a psicologia individual é ao mesmo tempo psicologia social (FREUD, 1987 [1921], p. 81).

Ademais, há uma infinita gama de varáveis que incidem sobre uma pessoa: sua história familiar, como esta é contada pelo sujeito, ou seja, como ele se situa dentro dessa história. Há incidências que dependem do país onde se vive e em qual dos países se vive dentro de um mesmo país. Faz diferença se há guerra ou fome. Não podemos deixar de relacionar todos os inumeráveis elementos de uma conjuntura e de um contexto com a discussão que nos interessa sobre o território e seus efeitos sobre as subjetividades que o compõem.

Halbwachs não realizou uma leitura do enganchamento do sujeito ao seu social via linguagem, tal qual propomos aqui, mas chega a situar a memória individual como um ponto de vista que varia segundo o lugar que se ocupa na memória coletiva. Assim, um estado pessoal seria oriundo da diversidade de combinações das influências de natureza social, revelando a complexidade da combinação de onde saiu (HALBWACHS, 1990 [1950], p. 69). As referências ao “lugar de onde saiu” nos remetem às reflexões pleiteadas aqui sobre o território.

Poderíamos dizer que neste autor encontramos as atribuições de sentido sempre referidas à natureza do social. Esse posicionamento nos interessa na medida em que respalda a nossa contextualização do conceito de doença. Aliás, podemos dizer que não só a doença, mas todas as coisas, apenas podem ser acessadas pela via das atribuições de sentido, numa dimensão simbólica ou por meio dos demais usos da palavra. Dessa perspectiva, não há acesso à natureza das coisas.

Encontramos em Desviat um fragmento de texto que também desnatura qualquer afirmativa, situando-a nas circunstâncias sociais e políticas. O autor ainda faz uma bela alusão à questão da herança que nos constitui, tal qual a tratamos aqui, incluindo ainda nessa herança os “lugares que nos habitam”:

características e condições da pessoa, porque nem mesmo a herança é um valor absoluto e invariável. Se as circunstâncias externas mudarem, a expressão da herança também mudará. Herdamos, juntamente com os genes, os pais, os amigos e os *lugares que nos habitam* (grifo meu). O debate não se sustenta a menos que indaguemos as circunstâncias sociais e políticas. A redução a um ou outro parâmetro, geralmente à natureza como imutável – disse Bertolt Brecht: "Não diga nunca é natural para que nada pareça imutável" – esconde posições conservadoras, interesses econômicos e poder. O debate não é, nem tem sido ao longo da história, modelo biológico médico ou psiquiátrico (que prática clínica não se sustenta no corpo) versus medicina ou psiquiatria social ou dinâmica: a luta é hoje como ontem entre posições reacionárias e posturas de progresso (DESVIAT, 2001, p. 127)²¹.

Assim, “os lugares que se ocupam” na memória coletiva de Halbwachs, como os “lugares que nos habitam” de Desviat contemplam a concepção de território que visamos sustentar aqui enquanto memória social local.

Ao longo deste trabalho o território aparece em várias concepções, desde a regionalização das políticas em saúde até o entorno dos sujeitos os quais nos propomos a escutar, o que implica a ênfase sobre o universo simbólico dos territórios, entendendo que a imersão desse sujeito, humano, sempre se dá via linguagem. Finalmente, chegaremos ao território subjetivo, como apropriação singular da linguagem encontrada no território pelo sujeito. Essa concepção constantemente fluida da herança e de sua assunção simbólica nos coloca do lado progressista do debate, ou seja, da resistência política a um estado natural de coisas que se propõem imutáveis.

3.2 A Reforma Psiquiátrica

Segundo Tenório, o trecho a seguir relata o “mito de origem” da psiquiatria. Interessante o autor utilizar este termo “mito”, uma vez que propomos neste trabalho a inacessibilidade ao fato histórico como verdade congelada e eternizada no passado e nem tampouco como realidade última, já que as realidades são versões múltiplas e dinâmicas que adiante aproximaremos aos mitos, enquanto memórias coletivas.

Passemos à história contada e reconhecida como memória oficial e que o autor

²¹ No original: “Naturaleza, entorno y crianza interactúan para dar origen a cada una de las características y condiciones de la persona, pues ni siquiera la herencia es un valor absoluto e invariable. Si las circunstancias externas cambian, también lo hará la expresión de la herencia. Heredamos, junto con los genes, a los padres, a los amigos y a los lugares que nos habitan. El debate se sostiene malamente a poco que indaguemos en las circunstancias sociales y políticas. La reducción a uno u otro parámetro, generalmente a la naturaleza como inmutable - decía Bertolt Brecht: “no digáis nunca es natural para que nada parezca inmutable”- esconde posiciones conservadoras, intereses económicos y de poder. El debate no es, ni lo ha sido a través de la historia, modelo médico o psiquiátrico biológico (qué práctica clínica no se sostiene en el cuerpo) frente a medicina o psiquiatria social o dinámica: la pelea está hoy como ayer entre posturas reaccionarias y posturas de progreso”

denomina como mito de origem da psiquiatria:

A história é contada pelo filho e biógrafo de Pinel, Scipion Pinel (...). Reza a lenda que, em 1793, Couthon (uma das três maiores autoridades da Revolução Francesa, ao lado de Robespierre e Saint-Just) teria inspecionado pessoalmente o hospital de Bicêtre, recém-assumido por Pinel. Após os primeiros contatos com os loucos, Couthon teria dado por encerrada a inspeção, dizendo ao responsável: “Ah!, cidadão, você também é louco de querer desacorrentar tais animais? ... Faça o que quiser. Eu os abandono a você. Mas temo que você seja vítima de sua própria presunção”. Ao que Pinel teria respondido: “Tenho a convicção de que estes alienados só são tão intratáveis porque os privamos de ar e liberdade, e eu ousou esperar muito de meios completamente diferentes” (TENÓRIO, 2002, p. 16).

No presente texto viemos falando da psiquiatria num contexto crítico, ou seja, já imbuídos da lógica de sua reforma. Partimos da proposta pineliana, para sermos ainda mais “presunçosos” no que diz respeito a “esperar muito de meios completamente diferentes” acerca da abordagem da loucura. Assim, chegamos à Reforma Psiquiátrica.

O termo Reforma Psiquiátrica se refere às iniciativas de modificação das práticas institucionalizadas pelo advento da psiquiatria. No período de reconstrução dos valores humanitários no pós-guerra, os hospitais chegaram a ser comparados aos campos de concentração²². Essas iniciativas se diferenciam em seus conceitos e práticas e consistem basicamente em melhorar o hospital psiquiátrico (Comunidades Terapêuticas e Psicoterapia Institucional), abrir suas portas (Psiquiatria Comunitária – embora a crítica que se possa fazer de que, dessa maneira, serviram à sua ampliação – voltaremos a isso), ou questioná-lo em seus princípios (Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana).

A adjetivação precisa do que na atualidade denominamos Reforma Psiquiátrica supera a crítica ao asilo quanto ao seu aperfeiçoamento ou humanização para incidir sobre os pressupostos da psiquiatria, denunciando seus efeitos de normatização e controle: “(...) embora trazendo exigências políticas, administrativas, técnicas e também teóricas bastante novas, a Reforma insiste num argumento originário: os direitos do doente mental e sua cidadania” (TENÓRIO, 2002, p. 27).

Essa concepção pluralista nos é cara, pois acolhe as práticas clínicas “psi” como um dispositivo historicamente constituído para lidar com a loucura, mas não a exclui do desafio de repensar sua inserção num novo paradigma, a ser construído.

Houve uma influência determinante dos pressupostos da Psiquiatria Democrática Italiana sobre o discurso da Reforma, a partir do ato de Franco Basaglia de fechamento do

²² Recentemente tal equiparação foi rememorada através do livro de Daniela Arbex (2013), ao relatar o “holocausto brasileiro” ocorrido no maior asilo da história do país.

hospital e da proposta efetiva de serviços abertos substitutivos, assim como suas consequências (sobretudo jurídicas e ideológicas) e de elucidação das proposições que nortearam tais ações.

Fazemos um adendo na ênfase delegada às questões jurídicas no referido movimento, uma vez que se denuncia o caráter policialesco dessas instituições enquanto manutenção de uma determinada concepção de ordem pública. Seguramente, não podemos impor “a fórceps”, pela legislação, a mudança instantânea de questões ideológicas, até porque “as controvérsias científicas são pessoais”²³, como já citamos em Freud.

No entanto, as reformulações das leis podem favorecer as mudanças na execução de determinados paradigmas, na medida em que dizem respeito aos discursos que vigoram nas memórias sociais oficiais. Sem entrar, neste momento, no mérito do que a psicanálise sistematizou como discurso, devemos ficar com a ideia de que “(...) o discurso jurídico, por ser normativo, trabalha sempre com categorias preexistentes e se operacionaliza a partir de um saber sobre o sujeito já de antemão inscrito em seu próprio código” (ROSA, 2017, p. 123). Segundo a autora, essa perspectiva coloca num plano equivalente os discursos jurídicos, médicos, políticos, policiais ao produzirem o delinquente, o louco, o pobre. Nesse sentido, todo discurso seria normativo, exceto o discurso do analista, que, ao partir do inominável de cada um, permite a ressignificação constante dos códigos que visam determinar o sujeito. Voltaremos a esse tema ao abordarmos a questão dos discursos totalitários como aqueles que visam não dar margem ao sujeito.

No Brasil e no mundo, a evolução das políticas de saúde mental e da legislação sempre estiveram interligadas, desempenhando grande papel na reconsideração das técnicas empregadas no cuidado, assim como no imaginário da população em geral acerca da loucura em relação ao campo social.

Nesse sentido, gostaríamos de ressaltar a proposta da descentralização, formalizada nas normativas que regulam as políticas de saúde. A descentralização é um dos princípios do Sistema Único de Saúde e que diz respeito à gestão dos recursos públicos. Por exemplo, no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, grandes hospitais federais passam ao âmbito administrativo municipal e os investimentos na Atenção Primária aumentam (Postos de Saúde e Programas de Saúde da Família) como estratégia de intervenção em nível de prevenção,

²³ Já citamos anteriormente a Conferência intitulada “Psicanálise e psiquiatria” (FREUD, 1987 [1916-1917], p. 291), na qual Freud atenta para os “motivos altamente pessoais que motivam as controvérsias científicas”, remetendo-nos curiosamente à dimensão da produção de um saber, que seria sempre particular. Acrescentamos aqui, a observação de que um saber sempre inclui, ainda que particularmente, o movimento simbólico (ideologias, valores etc.) de sua época, ou seja, sua memória social.

evitando a necessidade de níveis mais complexos de assistência (a internação hospitalar pertence à Atenção Terciária). Segundo Tenório (2002, p. 46) do ponto de vista macro administrativo, a descentralização possibilitou o controle do financiamento da “indústria da loucura” e, simbolicamente, o redirecionamento do investimento teve um pequeno efeito sobre a representação social da loucura.²⁴

Assim, além do significado ligado à redistribuição dos recursos financeiros na gestão pública, podemos entender que a descentralização promove um deslocamento simbólico que permite descentralizar os investimentos no hospital e centralizá-los no sujeito assistido, no trajeto que ele poderá configurar numa rede mais ampla e com maiores pontos de apoio. Uma rede mais variada, múltipla, é mais rica em enlaces que afinal a sustentam.

Poderíamos dizer que houve também uma descentralização do próprio discurso ao deslocar o sujeito para o centro da questão nas variadas concepções que podemos tecer sobre ele, fazendo coincidir, neste ponto, o sujeito de direitos e o sujeito enquanto possibilidade de expressão subjetiva.

Por outro lado, o hospital é parte importante do discurso médico, que se imprime a partir de um conjunto de códigos fechados, inerentes ao próprio discurso, mas que produz efeitos também no imaginário social mais amplo, para além dos domínios do hospital.

Ao considerar o saber psiquiátrico muito além da questão técnica, mas dizendo respeito a tudo que se sobrepõe ao que se chama doença, passamos, com Basaglia, a abordar os efeitos do próprio fato do sujeito estar institucionalizado e estigmatizado. Ocorre que a institucionalização acarreta consequências sobre a existência daquele que é privado da liberdade, sobre as trocas, laços e oportunidades que se encontram legitimamente no cotidiano da vida.

Tenório localiza o aparecimento da proposta da chamada “desinstitucionalização” no contexto brasileiro, no marco da I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, que representa o fim da trajetória sanitária que visava apenas transformar o sistema de saúde, para iniciar efetivamente a trajetória da desconstrução das instituições e formas arraigadas de lidar com a loucura:

Não se trata de aperfeiçoar as estruturas tradicionais (ambulatório e hospital de internação), mas de inventar novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado, o que exigirá rediscutir a clínica psiquiátrica em suas bases. Substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados,

²⁴ Para mais informações ver: TENÓRIO (2002) e FAGUNDES JR. *et al* (2016).

abertos e de natureza comunitária ou ‘territorial’, esta é a tarefa da reforma psiquiátrica (TENÓRIO, 2002, p. 35).

A desinstitucionalização já vinha sendo afirmada como profundo questionamento da instituição psiquiátrica desde as realizações da Psiquiatria Democrática Italiana. A respeito, Amarante (1996) declarou sobre a obra *A instituição negada* (1968), de Baságalia, que, pela primeira vez, denuncia-se que o hospital psiquiátrico não pode ser reformado acatando regras e leis relacionadas à ordem e ao controle social, e não pode alcançar o objetivo de oferecer assistência e cura sendo antes de tudo produtor de doenças. Portanto, não se trata apenas de reformar o hospital, mas de substituí-lo por outras modalidades assistenciais.

De acordo com Rotelli (1990) para que a instituição inventada exista, faz-se necessário negá-la constantemente, reconstruindo saberes, práticas e significados.

No livro *Portas abertas: do manicômio ao território*, dedicado a entrevistas com os agentes da precursora Reforma Psiquiátrica em Trieste, encontramos a seguinte consideração:

A desinstitucionalização é um circuito dinâmico em constante transformação, que ultrapassa a doença, o corpo e a psiquê; reescreve o corpo social, desconstruindo, outrossim, práticas e discursos que reduzem o indivíduo ao papel de doente mental (...). Assim, a reforma psiquiátrica é um processo contínuo, da instituição negada à instituição inventada (SADE, 2014, p. 27).

Aqui utilizamos ambos os sentidos, o de reformar e o de superar a instituição hospitalar, uma vez que nos encontramos em pleno trabalho de implementação desses princípios, a partir do qual muitos logros já foram obtidos e outros estão por vir. Acrescentamos ainda a perspectiva de desinstitucionalizar saberes como resignificação constante dos discursos que vigoram em nossa sociedade. Assim, podemos dizer que desinstitucionalizamos memórias sociais estagnadas, para recriá-las e multiplicá-las em territórios mais férteis.

A preconização do território como foco das ações para a saúde mental em sincronia com a valorização da memória social local surge como uma consequência lógica da desinstitucionalização, ao mesmo tempo que abarca a questão da riqueza simbólica oportunizada no cotidiano comum. Assim, propõe-se a utilização do termo “psicossocial” em substituição à “comunidade”, cuja prerrogativa é recriar os recursos sociais a partir dos pontos de escape representados pela figura da loucura e não adequá-la simples e normativamente à sua comunidade.

Cito um exemplo recente, vivenciado na experiência de estágio no exterior

(PDSE) Nas várias bibliotecas públicas espalhadas pela cidade de Barcelona, era corriqueiro encontrar pessoas “diferentes”, cujos comportamentos que se destacavam da maioria: havia sempre um senhor bem idoso, com a higiene precária, deambulando, outro que ria muito e falava sozinho, outros que sempre dormiam sentados e pareciam ir para lá com essa intenção. Havia também catadores de material reciclável²⁵ e conhecidos como “sem teto”, lendo o jornal diário. Já presenciei também algumas pessoas surdas que, ao tentarem se comunicar, acabavam fazendo um ruído incomum. Além destes, muitos estudantes (a maioria), idosos, crianças, enfim, pessoas em geral, muitas delas nos computadores, usando a internet.

Talvez essa curiosa frequência se deva à presença de vários serviços comunitários na região, seja de deficientes, seja de idosos, portadores de transtorno mental e de acolhimento à população de rua, além de um maior comparecimento dos aparatos estatais de apoio a essas populações.

Não ousaria afirmar que os barceloneses são menos normativos ou mais tolerantes às diferenças, no entanto, a presença de mais recursos econômicos revertidos em serviços à população, assim como uma menor desigualdade social, torna-os uma comunidade mais inclusiva.

Interessante notar que, para além da maior presença de serviços de inclusão, a grande difusão de espaços destinados ao uso público – as bibliotecas citadas e a grande quantidade de praças, por exemplo – favorece a coabitação do espaço e, assim, propicia a criação de versões possíveis de territórios em comum.

Essa seria uma boa maneira do que poderíamos chamar de reabilitar o social, ou seja, promover algo diferente da simples normatização, em que a vertente crítica comumente recai apenas sobre os desviantes, diferentes ou minorias. Esta era uma prerrogativa basagliana, ao interrogar os funcionamentos institucionais a partir da inclusão da loucura.

Retomando Basaglia, no contexto da Psiquiatria Democrática Italiana, o ato terapêutico mais fundamental consistia em descobrir a pessoa, o sujeito que sofria, encoberto por rótulos e conceitos produzidos socialmente. Essa questão dos “rótulos” nos interessa especialmente no que diz respeito ao que chamamos território subjetivo, pois influi na

²⁵ Esta experiência me fez lembrar a figura de Baudelaire evocada por Benjamin, o *chiffonnier* que vagava pela Paris moderna recolhendo os restos deixados pelas demais pessoas e que seriam reaproveitados por ele, numa verdadeira metáfora acerca da concepção de história que o autor propunha, ou seja, a partir dos restos de memória e não a partir da memória oficial, que, a seu ver, estava sempre submetida a jogos de poder presentes na sociedade. Curioso também notar a contradição que seria, dentro da lógica de Benjamin, esses personagens lerem o jornal diariamente, ou seja, estarem incluídos de alguma forma no funcionamento social moderno, não mais como um estrangeiro, de fora da cena. Para Benjamin, a imprensa escrita em larga escala foi um dos marcos da modernidade e acarretou efeitos para o empobrecimento da transmissão viva das tradições.

demarcação do sujeito em seu universo simbólico.

Embora consideremos em psicanálise o sujeito como algo absolutamente singular, ele se estrutura a partir do Outro da linguagem, tal qual comparece em seu território, regulado pelas materialidades e simbolismos que caracterizam a memória coletiva do território ao qual pertence. Assim, os rótulos e os conceitos produzidos socialmente também produzirão suas incidências sobre os territórios subjetivos, tal qual procuramos discutir com a problematização do conceito de doença. Voltaremos a abordar a questão das implicações das classificações e saberes preestabelecidos sobre os sujeitos, considerando seu universo simbólico restritivo.

Segundo ideias de Rotelli e colaboradores (2009), a base dos projetos de desinstitucionalização reside na ruptura da causalidade linear da doença-cura, problema-solução e na reconstrução do objeto enquanto “sujeito histórico”. Ainda ressalta que as novas instituições deverão estar à altura da complexidade da tarefa de intervir na sua existência-sofrimento, remetendo ao processo da constante “reconstrução do sujeito”.

Considerando que a perspectiva histórica que nos interessa é a história viva, transmitida e incorporada enquanto memória pelo próprio sujeito, destacamos que este processo de “reconstrução do sujeito” nos é cara e altamente compatível com a maneira de abordarmos o sujeito em psicanálise em relação à memória social que lhe concerne.

Desse ponto de vista, as concepções, tanto da psiquiatria democrática italiana quanto da psicanálise, nos parecem exemplares da articulação entre os fatores objetivos e subjetivos, ou seja, da não fragmentação das dimensões inerentes ao humano a setores estanques, como se fosse possível designar o que é social e o que é íntimo, como se o mais íntimo não se impusesse na vida e como se ela não fosse o repertório de toda e qualquer existência social. Para retomar o aforismo freudiano, como se a psicologia não fosse ao mesmo tempo social e “individual”, como se toda memória não estivesse *extimamente*²⁶ ligada à memória social que lhe corresponde.

Assim, viemos ao longo deste capítulo fazendo uma leitura psicanalítica dos princípios encontrados na saúde mental, termo que nasce inovando a psiquiatria, num contexto de intervenção crescente do Estado na saúde da comunidade. Ainda hoje a saúde mental conserva a conotação da abordagem por meio de serviços públicos, sobre os quais incidem as políticas públicas, num campo de atuação de múltiplos profissionais da saúde e das ciências humanas e sociais, visando justamente à expansão dos campos de saber, entendendo que os

²⁶ Aludimos ao neologismo laciano, já mencionado anteriormente, que denota o engodo da divisão interioridade/exterioridade no que diz respeito à constituição subjetiva, sinalizando que o mais íntimo do sujeito é o que lhe vem da exterioridade; trata-se, portanto, de uma “exterioridade íntima”.

saberes não devem ser restritos a um único discurso tecnicista.

A título de registro e reflexão, Tenório (2002) nos trouxe uma importante contribuição ao compilar pontos históricos de aproximação da psicanálise ao longo das abordagens junto à clínica psiquiátrica e seus efeitos. Segundo suas referências citadas, a psicanálise esteve presente inicialmente em algumas comunidades terapêuticas²⁷, atuantes nas décadas de 1960 e 1970 no Brasil, visando a um novo modelo discursivo para as instituições hospitalares. Tratava-se de uma proposta clínica que considerava as leituras inconscientes, não apenas os pacientes, mas também a instituição e seus profissionais.

Naquela época, no entanto, a estratégia de intervenção pela via da psicanálise teria fracassado, ao ser absorvida pelos manicômios privados, não interessados em mudança: “incorporava um verniz moderno, sem deixar de ser conservador” (TENÓRIO, 2002, p. 29). Por outro lado, a influência da psicanálise teria possibilitado um outro repertório, menos restrito à nosologia médica, considerando o que o paciente tem a dizer no estabelecimento de relações menos autoritárias.

Segundo o autor, nessa conjuntura poderíamos entender como um êxito a possibilidade de cada um se manifestar, numa época em que o doente mental ainda não era dotado de cidadania.

A nosso ver, hoje podemos dizer que houve um avanço no que diz respeito à cidadania, desde os preceitos humanistas do pós-guerra, passando pelas conquistas no campo da legislação e pela diversificação dos saberes que visam apoiar as várias formas de subjetividade dos chamados doentes mentais. Nesse bojo também se insere a psicanálise, que, ao supor uma lógica própria a essas subjetividades, possibilita sua positivação enquanto diferença, e não déficit.

Por todas essas vias podemos dizer que avançamos, embora os desafios ainda continuem e o testemunho frente às posições psíquicas desses sujeitos requeira uma sustentação constante e persistente.

Adiante retomaremos a questão da escuta a esses sujeitos, extraindo do conceito psicanalítico de sujeito subsídios que respaldem o direito à diferença e a legitimidade das diversas escolhas subjetivas, assim como seus efeitos na vida cotidiana. Ou seja, entendemos que a reconfiguração da subjetividade própria dos sujeitos ocorre atrelada à reconstrução dos

²⁷ Importante ressaltar que as comunidades terapêuticas dessa época eram parte de outra proposta completamente diferente das existentes atualmente, que, embora levem a mesma nomenclatura, estão vinculadas a questões políticas e religiosas extremamente conservadoras e duvidosas que serão mencionadas adiante a respeito dos retrocessos recentes das políticas públicas atuais.

seus cotidianos. A vida cotidiana no território e o sujeito estão entrelaçados, considerados vias de expressão um do outro.

Nesse sentido, os serviços de base territorial propostos em substituição aos serviços asilares e que hoje se presentificam por meio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) visam cumprir uma função assistencial, social e terapêutica que, a nosso ver, ampliam as possibilidades do cuidado ser adaptado às necessidades de cada um, e não o contrário.

Segundo Tenório (2002, p. 32), a concepção de território tal qual ocorre na Reforma brasileira, como conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo, aponta para a ideia de territórios subjetivos.

Foi nesse autor que encontrei pela primeira vez esse termo e, desde então, a questão específica do território subjetivo tem retornado para mim no contexto da clínica institucional, pois se o manicômio se mostrou como terreno árido à vida nos últimos séculos, interroga-nos sobre o território que queremos, favorável à vida e à criação. Consideramos, todavia, que a aridez pode se propagar em todo dispositivo de cuidado e no interior de toda relação, relançando a questão do que faz um sujeito pertencer àquilo que lhe pertence²⁸.

Esse argumento não visa em hipótese alguma respaldar o bom manicômio (entendendo que toda instituição asilar gera efeitos de manicômio²⁹), mas de evitar que ele se repita em outros contextos. Essa discussão nos é cara, pois tampouco os efeitos de uma análise, por exemplo, estão garantidos pelo *setting* do consultório particular.

Ou seja, há algo entre a concretude de ações (dispositivos, serviços, leis, políticas públicas etc.) e os seus efeitos subjetivos subjacentes, que podem ser organizados tanto no sentido de favorecer, quanto no de dificultar a dimensão criativa da subjetividade.

3.2.1 Memórias da Reforma Psiquiátrica no Brasil

Visando contextualizar nossa discussão, retomamos alguns marcos do percurso da Reforma no Brasil. A efetivação dos seus princípios tem como guinada, em 1987, a I

²⁸ Encontramos no conceito de território de Milton Santos uma bela definição que contribuiu para nossa busca na configuração do que seria o território subjetivo: “território (...) é o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence” (SANTOS, 2007, p. 96-97).

²⁹ Segundo Amarante (1995, p. 100), a luta antimanicomial evoca o entendimento de que “não existe diferença entre o manicômio ou um hospital psiquiátrico qualquer”, embora o termo oficialmente se restrinja às instituições judiciárias, onde o ingresso ocorre compulsoriamente, ou seja, por determinação da justiça, devido a algum delito por parte do portador de transtorno mental.

Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, quando é construído o lema ‘por uma sociedade sem manicômios’. Nesse evento amplia-se o sentido político-conceitual acerca da proposta antimanicomial como chamado à sociedade para reconstruir sua relação com o louco e com a loucura, ou seja, a ação na cultura passa a ocupar um lugar estratégico. Uma característica marcante desse processo foi a participação dos usuários (em vez de “pacientes”) e seus familiares, o que enfatiza uma maior implicação desses agentes como cidadãos e em prol de si mesmos, ou seja, falando em primeira pessoa.

Como marco externo de referência, em territórios basaglianos, a lei da Reforma Psiquiátrica foi aprovada em 1978. Já nas terras brasileiras, em 1989 foi apresentado o projeto de lei original (que viria a ser aprovado, com modificações, apenas em 2001). Esse projeto teve o efeito de produzir “uma intensificação sem precedentes da discussão sobre o tema em todo o país”, que não ficou restrita aos meios especializados e fez avançar o movimento da Reforma (BEZERRA, 1994, p. 183).

Além de suscitar a discussão, esse projeto de lei gerou a elaboração e aprovação de leis estaduais em oito unidades da federação, regulamentando a assistência e a substituição asilar: “protagonizou a situação curiosa de ser uma lei que produziu seus efeitos antes de ser aprovada” (TENÓRIO, 2002, p. 32).

Esses dados nos permitem seguir refletindo sobre a profunda ligação entre os aspectos mais objetivos e pragmáticos e as questões ideológicas, que envolvem a difusão de determinados discursos no meio social que virão a configurar sua memória social oficial.

Cabe observar que alguns funcionamentos sociais podem ser extremamente violentos e injustos, e ainda assim serem institucionalizados socialmente, devidamente justificados e respaldados pela ideologia vigente. Foi assim com o manicômio.

Da mesma maneira, somos confrontados diariamente com a violência urbana nas cidades brasileiras, que nos convoca a rever a exclusão, sobretudo econômica. Os efeitos violentos desta exclusão retornam para nossa sociedade, tal qual o retorno do recalado freudiano, como sintoma, denunciando que algo necessita ser reelaborado.

Relato aqui brevemente algumas das inúmeras denúncias contidas no livro de Daniela Arbex (2013) que visaram transmitir a selvageria dos acontecimentos ligados às colônias psiquiátricas na história recente de nosso país. Seria possível não considerá-las como uma enorme ferida em nossa civilização, uma profunda crise instalada no seio de nossa sociedade e que agora urge elaborar?

Eliane Brum sintetiza, no prefácio do livro de Daniela, o horror encontrado durante a investigação jornalística empreendida pela autora, ao que chamou de “luta contra o esquecimento” (BRUM, 2013, p. 13), cuja denúncia visava transformar em palavras o que era silêncio, devolvendo nome, história e identidade àqueles que até então eram um “não ser” – “pelas narrativas eles retornam” (p. 13):

Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados. Nas noites geladas da serra da Mantiqueira, eram atirados ao relento, nus ou cobertos apenas por trapos. Instintivamente faziam um círculo compacto, alternando os que ficavam no lado de fora e no de dentro, na tentativa de sobreviver. Alguns não alcançavam as manhãs. Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Em alguns dias, os eletrochoques eram tantos e tão fortes, que a sobrecarga derrubava a rede do município. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo – e também de invisibilidade. Ao morrer, davam lucro. Entre 1969 e 1980, 1.853 corpos de pacientes do manicômio foram vendidos para dezessete faculdades de medicina do país, sem que ninguém questionasse. Quando houve excesso de cadáveres e o mercado encolheu, os corpos foram decompostos em ácido, no pátio do Colônia, na frente dos pacientes, para que as ossadas pudessem ser comercializadas. Nada se perdia, exceto a vida (BRUM, 2013, p. 149).

Daniela Arbex relatou que o próprio Franco Basaglia chegou a visitar e a denunciar o Colônia de Barbacena em 1979, sem eco. Os funcionários que revelavam os acontecimentos eram demitidos. É curioso notar que a presença célebre de Basaglia, que uma década depois viria a influenciar definitivamente o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, passasse sem ressoar.

Essa discussão é importante aqui pois, na medida em que tratamos de questões coletivas, fica a pergunta do que faz algo ecoar de um entre os demais? O que possibilita uma causa ser compartilhada, sem, no entanto, cair na massa totalitária de seguir docilmente um líder, fazendo de seus pressupostos, lei? Entendemos que aquilo que causa cada um em suas ações é sempre da ordem da responsabilidade singular. Assim, compartilhar palavras de ordem que visem justamente calar essa dimensão tende ao totalitarismo. Essa reflexão retornará no intuito de ser mais bem desenvolvida.

Por esse aspecto absolutamente questionável de nossas instituições e dinâmicas sociais é que devemos fazer ecoar partes ignoradas da história, muitas vezes excluídas propositalmente de nossas memórias oficiais. No que diz respeito ao manicômio, sua história não pode ser esquecida, porque ainda não acabou. É necessário nos apropriarmos cada vez mais desta história de exclusão para incluí-la em nossa memória.

Arbex traz, sobretudo, vários testemunhos de funcionários, médicos e pacientes que sobreviveram. Há também muitas fotos e documentos que complementam o registro das atrocidades praticadas de forma totalmente institucionalizada na Colônia de Barbacena.

Segundo a autora (ARBEX, 2013, p. 26), o grande hospital é aberto com o apoio da Igreja Católica, em 1903. Em 1930, frente à superlotação de cinco mil pacientes, que ocupavam as 200 vagas iniciais, foi oficialmente sugerida pelo chefe do Departamento de Assistência Neuropsiquiátrica de Minas Gerais a substituição das camas por capim. A solução abria espaço para o ingresso de novos pacientes e foi recomendada pelo Poder Público a outros hospitais mineiros em 1959.

Os “deserdados sociais” (p. 24) chegavam a Barbacena vindos de todo o Brasil, em abarrotados vagões de carga, de maneira idêntica aos judeus levados para os campos de concentração nazistas, durante a Segunda Guerra Mundial. A expressão “trem de doido” surgiu ali, criada pelo escritor Guimarães Rosa, que chegou a trabalhar como médico na cidade.

Felizmente, na atualidade, tal expressão foi incorporada ao vocabulário dos mineiros para definir algo positivo, “fora de série”, inexplicavelmente bom, num contexto de ressignificação da loucura. No entanto, não devemos esquecer a origem do termo e nem a maneira como a loucura foi historicamente tratada.

Parte da Colônia de Barbacena foi transformada no Museu da Loucura, em 1996, mantendo-se, todavia, uma parte hospitalar que conta com pacientes egressos da antiga estrutura. Desde a década de 1980, com o movimento da Reforma Psiquiátrica, o serviço vem sendo substituído por dispositivos residenciais e cuidados extra-hospitalares.

A partir da necessidade de pautar as questões ideológicas e ressignificá-las no bojo de nossa memória social, consideramos de suma importância que as discussões contemporâneas pertinentes à Reforma Psiquiátrica não fiquem restritas aos meios especializados.

Hoje contamos com inúmeros projetos de intervenção cultural que visam, mais além da inclusão social, a permeabilidade das comunidades em contato com a diversidade representada pelos usuários da saúde mental. Para citar apenas alguns dos muitos exemplos paradigmáticos, o bloco “Tá Pirando, Pirado, Pirou”, nascido no Hospital Pinel, desfila pelo tradicional bairro da Urca no Rio, na véspera do Carnaval. Já o “Loucura Suburbana” transcende o antigo hospital, hoje denominado Instituto Nise da Silveira, e ocupa as ruas do bairro Engenho de Dentro. Ambos já se tornaram eventos conhecidos e aguardados pelos moradores de suas regiões, sempre trazendo à baila temas do imaginário acerca da loucura e demais temas sociais. O fato de poderem sair do hospital e tomarem as ruas promove uma

maior permeabilidade entre as instituições de saúde mental e a sociedade, permitindo que ultrapassem, ao menos pontualmente, o estigma da exclusão e incluam de modo lúdico um elemento positivo de sua contribuição na memória social pertinente a esses territórios.

Nesse mesmo hospital, sob a insígnia de Nise da Silveira, psiquiátrica revolucionária e pioneira que introduziu a arte como forma de expressão e acesso ao inconsciente, foi criado o Hotel da Loucura. Neste hotel se propõem modalidades terapêuticas através do teatro e das artes em geral, oferecendo também a hospedagem, dentro do hospital, a artistas de todo o mundo. Literalmente em troca, espera-se a realização de oficinas e a produção de vivências a partir dessa convivência. Cabe lembrar que, nesse Instituto, ainda se encontram moradores, internos aos antigos hospícios.

Um outro exemplo, a partir de uma experiência fora do Brasil, mas que diz respeito à proposta de permeabilidade e comunicação com a memória da cidade, é o projeto “*Horta amb Gràcia*”, em Barcelona, que visa à inserção social pela via laboral. O projeto consiste em que um grupo de usuários dos serviços comunitários de saúde mental revitalize um terreno da cidade que estava em desuso. Houve um edital por parte do governo local, que distribuía essas áreas a coletivos que desejassem habitá-las com algum projeto. A ocupação desse território era literal. No caso do serviço comunitário citado, a proposta consistia em preparar o terreno, transformá-lo em horta urbana e em jardim, que seria aberto à comunidade local. Os usuários foram assessorados durante a realização do trabalho, aprendendo o ofício de lidar com a terra. As mesas e cadeiras que tornariam o ambiente convidativo à permanência no espaço coletivo também seriam feitos pelos usuários, a partir da oficina de marcenaria.

A intervenção realizou na prática a reinserção social, unindo os objetivos do cuidado em saúde mental com o objetivo mais amplo de uma melhor cidade em comum. Segundo a fala de uma das usuárias, “faz toda a diferença saber que estamos plantando para mais gente”, como se sinalizasse a ligação intrínseca entre oportunidade e inspiração e a dobra entre o singular e o social, que viemos abordando ao longo deste texto.

No que diz respeito à permeabilidade entre a cidade e os espaços de saúde mental, eu mesma cheguei a habitar literalmente um hospital psiquiátrico por três anos, como estudante residente, e essa experiência certamente me possibilitou uma convivência consistente com o universo da loucura. A presença de estudantes de graduação e pós-graduação (Residência) de variadas áreas é uma outra estratégia que, além da formação teórica e prática de futuros profissionais, favorece uma grande movimentação e vivificação no cenário asilar. Além de serem formados dentro da nova lógica que questiona os pressupostos hospitalares, eles mesmos participam ativamente da ressignificação dos discursos que circulam pelas

instituições.

Devemos atentar para o fato de que as intervenções culturais, as modalidades de formação dentro das instituições públicas de saúde mental, assim como as ações realizadas em saúde mental, só podem ser viabilizadas pela existência de uma legislação que garanta sua gestão dentro das políticas públicas.

A seguir, apresentamos alguns elementos da organização destas políticas no Brasil, assim como reflexões a respeito de suas incidências sobre a clínica da subjetividade.

Os serviços de saúde mental na atualidade podem se apresentar em vários dispositivos: a internação nos hospitais ou clínicas psiquiátricas (cada vez menos preconizados), os serviços de atenção intensiva com ou sem acolhimento noturno (leitos), que são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os atendimentos regulares e pontuais nos ambulatórios especializados, o atendimento generalista nos dispositivos locais de saúde, apenas com o suporte dos especialistas. Esta última modalidade, conta com o recurso da territorialização, com a presença dos Agentes Comunitários de Saúde que, em tese, frequentam o meio social do usuário e até o local onde mora. A rede completa de serviços preconizados pelo Ministério da Saúde está discriminada na Portaria 3.088, de 2011³⁰.

Essa perspectiva de RAPS – Rede de Atenção Psicossocial organiza todo o funcionamento do cuidado sob a lógica do CAPS, ou seja, expandindo seus princípios, tornando-o gerenciador da rede e preconizando o território, inclusive no que diz respeito à Atenção Primária (Postos de Saúde e seus dispositivos), que estão igualmente inseridos no território.

A portaria destaca o caráter multidisciplinar, a priorização de atividades em espaços coletivos e o projeto terapêutico individual como norteador das articulações:

O cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso (MS, 2011, art. 7).

A nosso ver, a abordagem do projeto terapêutico individual como ponto de partida

³⁰ “Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Esta Portaria contempla a primeira legislação que regulamentou o funcionamento dos CAPS. SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992 e Portaria Nº 336, DE 19 de fevereiro de 2002). Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

para a “construção” do cuidado propicia uma abertura possível à articulação do sujeito, a partir de sua singularidade e integrando sua perspectiva dentro\fora.

Dentre os dispositivos, destacamos a crescente importância das equipes da Atenção Básica, ou seja, modalidades de cuidado que acompanham os sujeitos no território e incluem o Consultório de Rua, os Centros de Convivência e o Programa de Saúde da Família.

O Consultório de Rua é constituído por uma equipe de profissionais que atua de forma itinerante, ofertando ações de cuidado para a população em situação de rua em geral e específicos – transtornos mentais e usuários de álcool e drogas, especificamente o crack. Atualmente contamos com a presença de psicanalistas na composição dessas equipes.

Os Centros de Convivência são os espaços de sociabilidade, os dispositivos de produção e de intervenção na cultura e na cidade, como aqueles variados projetos relatados acima.

O Programa de Saúde da Família é constituído por equipes que vão às casas das pessoas de determinada região. Os Agentes de Saúde são parte fundamental dessas equipes, pois são profissionais que geralmente fazem parte da comunidade onde atuam, possibilitando quebrar as barreiras simbólicas e sociais que geralmente separam os profissionais e a população. Nessas equipes não há especialidades ligadas à saúde mental; estas se concentram no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que supervisionam e assessoram as equipes. As Equipes de Saúde da Família têm se mostrado grandes parceiras do cuidado em saúde mental nos territórios.

A proposta dos recursos concentrados na Atenção Básica é localizar o cuidado cada vez mais próximo das pessoas, em suas casas e nas suas comunidades, visando seguir a lógica de funcionamento do território, partindo do princípio de que o compartilhamento das memórias próprias a esse território, compartilhado pelo sujeito que está sendo cuidado e por parte da equipe que cuida, acarreta consequências para toda e qualquer modalidade de tratamento, sobretudo àquelas que concernem às subjetividades.

No que diz respeito ao cuidado clínico em saúde mental, o dispositivo das visitas domiciliares tem se mostrado excelente recurso de permeabilidade, por exemplo, nos casos de crise em que os usuários não chegam a procurar ajuda, não por uma decisão deliberada, mas por dificuldades inerentes ao próprio momento de crise ou pela ausência de um suporte familiar, social ou qualquer outra característica externa que o viabilize.

Ou seja, frequentar a casa de um usuário pode ser, literalmente, uma tentativa de começar a habitar o seu território, abrir vias de acesso em seu mundo, *links* de comunicação com o mundo exterior. A proposta de um consultório na rua, carrega igualmente a lógica de ir

aonde o sujeito está, seguir seus rastros e, a partir daí, construir pontes de acesso de seu território para um universo social mais amplo. Assim como a população em situação de rua, os psicóticos nos ensinam acerca deste trabalho de seguir o sujeito. Voltaremos a isso.

Na contramão dessa perspectiva, as chamadas Comunidades Terapêuticas, que são clínicas privadas e atreladas a instituições religiosas, voltam a oferecer serviços de internação e a receber financiamento pelo dinheiro público por meio de sua recente inclusão no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) pelo Governo Michel Temer.

Em meio a um contexto de um ajuste fiscal que prevê o congelamento de investimentos ou gastos primários por 20 anos, a medida amplia as chances de as Comunidades se beneficiarem dos recursos do Sistema Único de Saúde, sem no entanto se submeterem aos princípios que norteiam a Reforma Psiquiátrica brasileira e nem à autorregulação dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial, já que o CAPS não define exclusivamente a indicação de ingresso nessas instituições, o que atinge o seu papel de gerenciador do fluxo da rede.

Segundo já foi amplamente divulgado pela mídia, as Comunidades Terapêuticas foram denunciadas por trabalho forçado, participação obrigatória em cultos, medicação excessiva, violação de correspondências, discriminação, homofobia e até abuso sexual (MELO, 2016). Além disso, diversos órgãos de fiscalização e de garantia de direitos humanos e sociais já produziram relatórios contrários ao seu funcionamento: o Conselho Federal de Psicologia, Mecanismo de Combate à Tortura etc. (GSM/SES – RJ, 2017, p. 4).

Contudo, podemos afirmar que a modalidade de cuidado representado pelas Comunidades Terapêuticas retrocede do ponto de vista ético e técnico, substituindo-os por preceitos religiosos morais e na direção dos antigos asilos que, além de segregar o usuário de seu meio, com todas as consequências pragmáticas e simbólicas que isso pode acarretar, ainda lucram com esse aparato, nos moldes da “indústria da loucura” que vigorou em nosso país no período anterior à implementação do SUS (TENÓRIO, 2002; FAGUNDES, 2016).

3.2.1.1 Contextualizando os avanços e a crise atual da Reforma

Podemos afirmar que nos encontramos em crise: frente aos últimos retrocessos tanto no campo da Reforma quanto das políticas públicas em geral e da ameaça conservadora dos discursos moralistas religiosos que se impõem muito além das próprias instituições religiosas e da saúde mental, mas em nossa sociedade como um todo.

Nos momentos de crise, somos impelidos a rever nosso repertório e a nos reapropriarmos de nossa memória social.

Retomemos algumas diretrizes instituídas em nossa sociedade e que balizam formal e simbolicamente as ações no campo da assistência em saúde mental.

A orientação da extinção dos hospitais psiquiátricos está em consonância com a Organização Pan-Americana de Saúde e a Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS, 2017), reforçada em Nota Técnica de apoio à Reforma Psiquiátrica Brasileira, frente aos retrocessos recentes em sua legislação (mencionados anteriormente).

Na mesma direção, as Conferências Nacionais de Saúde Mental, que são dispositivos de controle social instituídos por lei (Lei 8142/1990), já haviam determinando a proibição de abertura de novos leitos psiquiátricos no país e a “extinção definitiva de qualquer forma de internação de cidadãos com sofrimento psíquico em hospitais psiquiátricos e em quaisquer outros estabelecimentos de regime fechado” (BRASIL, 2011).

Para dar consistência ao trajeto já efetuado nessa direção, incluímos aqui alguns dados numéricos que retratam claramente os enormes avanços da desinstitucionalização e da criação de uma rede de serviços substitutivos territoriais, trazendo algumas informações coletadas no último ano e que dizem respeito ao trabalho realizado no estado do Rio de Janeiro.

De acordo com os dados levantados pela Gerência de Saúde Mental (GSM/SES RJ) em outubro de 2017, há atualmente 169 CAPS em exercício no estado, divididos em diferentes modalidades que podem ser de atendimento diurno, com acolhimento noturno (leitos), voltado para o tratamento de uso abusivo de álcool e drogas e de atendimento infanto-juvenil. Essa organização da assistência permitiu que milhares³¹ de internações hospitalares fossem evitadas nos últimos anos, assim como possibilitou a implementação de uma rede de serviços composta por dispositivos territoriais.

Consta também o fechamento de nove hospitais psiquiátricos no estado do Rio de Janeiro, no período de 2015 a 2017, e, atualmente, há mais três em pleno processo de fechamento, o que acarreta um grande trabalho de acolhimento dessa clientela na rede³².

³¹ Os 152 CAPS que participaram do mapeamento informaram que, no período de 1 a 5 anos, 29.460 usuários mantiveram-se em atendimento sem necessitar da internação psiquiátrica como recurso de tratamento. No período de 5 a 10 anos, 11.970 usuários mantiveram-se sem internação e, em um período de mais de 10 anos, evitou-se que 8.642 usuários fossem internados.

³² No período dos dois anos relatados, o fechamento dos hospitais resultou até agora em 120 reinserções familiares, 71 inserções em Serviços Residenciais Terapêuticos, cinco transinstitucionalizações (transferências para outros serviços nos quais se segue o trabalho de desinstitucionalização) e quatro transferências para Hospitais Gerais.

Ademais, “existe uma complexidade do cuidado, como por exemplo, a sustentação de casos graves no território por meio da articulação da rede (setorial, intersetorial e informal) que não pode ser medida objetivamente” (GSM/SES, 2017, p. 5). Interessante essa alusão ao que não é quantificável, passível de se colocar em estatísticas, mas que em cada caso possibilitou a sustentação, em ato, das diretrizes que permitem a configuração de uma assistência renovada.

Oportuno lembrar que, além da rede especializada (CAPS), houve uma mudança radical nos serviços de saúde da atenção básica nos territórios, importantes parceiros no processo de desinstitucionalização. Até 2009, 83% do orçamento municipal do Rio de Janeiro, por exemplo, era gasto com despesas hospitalares. Com o redirecionamento dos recursos e a revisão do modelo hospitalar, foi possível que a Atenção Primária nos moldes da Estratégia de Saúde da Família crescesse de apenas 3,3% de cobertura em 2009 para 47,16% em 2014 (FAGUNDES, 2016; FIOCRUZ, 2001).

Como resultado dessa política, os leitos em hospitais psiquiátricos do SUS, em todo o Brasil, foram reduzidos dos 85.000 existentes, ao final da década de 1980 (dos quais 80% eram conveniados), para menos de 26.000, em 2014, com a implantação concomitante de mais de 2.200 centros de atenção psicossocial e de quase 700 residências terapêuticas para pacientes que se encontravam em situação de longa permanência, sem vínculos familiares e com um trabalho de reinserção social por ser realizado (FAGUNDES, 2016).

Vale ressaltar que essas ações acarretaram consequências para a reconstrução da memória da loucura, mas, sobretudo e fundamentalmente, evidenciam as mudanças radicais e os avanços efetivamente realizados a partir do questionamento das velhas memórias oficiais.

Frente a isso, consideramos importante salientar a ameaça substancial de retrocesso representada pelas Comunidades Terapêuticas, mas também a resistência política dos profissionais, dos serviços, órgãos e entidades implicados na Saúde Mental. As mobilizações vêm ocorrendo desde o interior dos serviços, aliás, como lhes é característico, desde seu funcionamento como ato clínico-político ao sustentar o cotidiano da assistência.

Para citar uma situação verídica e extrema, a equipe de um CAPS AD (álcool e drogas) da cidade do Rio chegou a trabalhar à luz de velas, pois a Prefeitura, literalmente, não havia pagado a conta. Nessa conjuntura, os trabalhadores do Sistema Único de Saúde entenderam que se tratava de uma estratégia de precarização dos serviços visando à sua privatização, ou seja, o desmonte do SUS, na mesma linha das concessões do público ao privado realizadas com o financiamento das Comunidades Terapêuticas. Frente às questões

que se impuseram neste momento da assistência, o posicionamento da equipe foi clínico-político.

Os profissionais e gestores implicados na rede de atenção reconhecem as limitações administrativas de consolidação da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial). No entanto, apontam que tais limitações se devem predominantemente ao atual cenário político-econômico do país em suas três esferas de governança.

Apesar desses entraves, a Gestão da Saúde Mental reafirma que a RAPS faz prevalecer os princípios do Sistema Único de Saúde e qualifica sobremaneira a assistência prestada à população. A posição da Gestão Estadual segue sendo de oposição: “Devido ao acelerado processo de desmonte das Políticas Públicas em nosso país, constatamos com assombro e indignação a crescente precarização dos serviços, tanto em termos de infraestrutura, quanto de recursos humanos” (GSM/SES, 2017, p. 3).

A título de exemplo das dificuldades impostas pelo próprio governo, a Nota Técnica da Gerência relata que somente no estado do Rio de Janeiro, existem atualmente dezenas de serviços em pleno funcionamento, aguardando habilitação pelo Ministério da Saúde: são 22 CAPS, 31 Serviços Residenciais Terapêuticos e 80 leitos de saúde mental em hospitais gerais, entre outros procedimentos relativos ao incremento da rede. Muitos destes serviços estão incluídos, especificamente a área técnica da Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e outras Drogas (CGMAD/SAS/MS), área que concerne à entrada das Comunidades Terapêuticas. Tais evidências contestam declaradamente a legitimidade de novos financiamentos externos ao SUS, atendendo a interesses privados.

No que diz respeito a estratégias coletivas de mobilização, já foram realizadas algumas manifestações (duramente reprimidas pela força policial), reapropriação da representatividade frente a espaços conservadores por meio de proposta de novas diretorias, por exemplo), pronunciamentos oficiais (como a Nota Técnica emitida pela Gestão Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro em resposta à então ameaça do retrocesso referente à inclusão das CTs no faturamento governamental, entre outros).

Assim, no que diz respeito à clara diretriz da Reforma em nosso país e em direção ao território, a consideramos mantida nos aspectos pragmáticos e ideológicos da causa antimanicomial. Embora a alteração da legislação tenha sido um golpe forte e significativo nesse processo, representa vertentes conservadoras, sobretudo movidas pela lógica empresarial, que sempre ofereceram oposição ao movimento reformista. Enfim, a posição das organizações governamentais e civis é de que a resistência política aos retrocessos continua, a fim de superá-los.

Até aqui, ocupamo-nos predominantemente da reapropriação da memória do campo da saúde mental, acrescentando algumas reflexões a respeito de suas incidências sobre a clínica que se pratica no território. Identificamos também a crise política e ideológica que atinge o cerne de nossa prática, mas que já alcança proporções muito mais amplas.

Ao reafirmar as práticas clínicas abertas ao território, oferecemos uma forma de resistência aos retrocessos recentes. Essas práticas constituem o método que permitem a permeabilidade entre o dispositivo de cuidado e o usuário enquanto sujeito e serão desenvolvidas no próximo capítulo, que trata da clínica da psicanálise nas instituições. Essa clínica será norteadada pelo território subjetivo, considerado como a reapropriação da memória social via a linguagem que lhe é constitutiva.

4 TERRITÓRIOS SUBJETIVOS EM SAÚDE MENTAL

Ao longo deste texto viemos ressaltando a importância e as possibilidades do acesso à escuta psicanalítica a diferentes camadas socioculturais da população. Os atendimentos relatados ocorreram em um serviço de Emergência (Pronto-Socorro) de um hospital psiquiátrico, cujo território lhe conferia características que se impunham ao *setting* institucional.

4.1 A clínica institucional e a composição do território subjetivo

A partir da perspectiva da escuta, a oferta do serviço passa a ser um convite à fala, que propicia a reapropriação da memória social, ou seja, a ressignificação daquilo que costuma definir os sujeitos a partir de sua inserção no social. Nessa perspectiva, a fala também propicia a transformação das formas de dizer os afetos, os conteúdos subjetivos e as memórias que se encontram até então irrepresentáveis.

A relação constitutiva da memória de cada um como transpassada pela memória social é nosso ponto de partida e, como tal, marca nossa concepção acerca do sujeito do inconsciente:

O inconsciente só pode existir na relação com o outro: ele se localiza num espaço topológico, onde não distinguimos mais o fora e o dentro; ele é relacional por excelência, não podendo ser considerado como posse de um sujeito (GONDAR, 2008, p. 5).

Lembrando que, no texto “Psicologia das massas e análise do eu”, Freud já sinalizava que, ao viver em sociedade, o homem tornou-se um “animal político” (FREUD, 1987 [1921], p. 151).

Assim, tanto no capítulo anterior como no presente, nossa abordagem propõe a articulação entre os diferentes territórios, considerando-os portadores de memórias sociais locais e a clínica do sujeito, constituído por seu universo simbólico, assim como pelas demais dimensões que a linguagem carrega, das quais vamos tratar ao longo deste capítulo.

Abordamos a linguagem como terreno simbólico, mas que inclui em sua origem uma dimensão que indica um limite a tudo simbolizar, ou seja, a constituição inerente da produção dos discursos a uma falta da qual se originaria – “a ausência é o primeiro lugar do discurso” (FOUCAULT apud ALBERTI, 2002, p. 44). Esse ponto vazio ou irrepresentável foi articulado com o conceito de “objeto a”.

Seguimos utilizando nossa experiência de assistência à crise para abordá-la enquanto desterritorialização subjetiva, assim como percorrer os caminhos da clínica que possam levar à estabilização, sobretudo nas chamadas crises psicóticas. A nomenclatura que cada linha ou discurso teórico utiliza em sua estruturação não seria um detalhe qualquer, mas parte importante do argumento desenvolvido aqui.

Nas instituições de saúde mental pública, na maioria das vezes, nas situações de crise que recebemos, os pedidos de socorro não aparecem inicialmente organizados em palavras ou de forma linear em um discurso. Aparece na agitação dos corpos, na perda de sentido na associação das ideias, assim como no estarecimento frente a cenas de violência urbana, por exemplo, ou demais situações traumáticas encontradas em contextos sociais adversos.

Cabe ressaltar que apenas consideramos como traumáticas aquelas situações que incidem nas histórias de vida como acontecimentos desorganizadores, ou seja, rompem com as possibilidades de elaboração existentes até então no repertório daquele sujeito. Somado a essa perspectiva, entendemos que existem territórios mais vulneráveis ao trauma – como desenvolvido anteriormente –, assim como acontecimentos que funcionam como verdadeiras fraturas no aparato social, como por exemplo, uma guerra. Refiro-me a situações extremas, perante as quais suponho ser impossível não se afetar.

Anteriormente, relatei também a situação da morte de um filho como situação extrema (nos casos em que efetivamente existam os laços afetivos que os caracterizem como mãe e filho), interrogando o atual estágio de sítio nas favelas cariocas. Esses casos permitem

evidenciar a articulação das dimensões privada e pública, abordando o trauma na interseção do sofrimento que se apresenta como o mais íntimo, mas também como algo que marca a dimensão sociopolítica da vida na cidade.

A saúde mental também se insere no plano de uma interseção, pois consiste na intervenção do público no privado a partir das normas e técnicas de controle, quando o funcionamento do indivíduo perturba a ordem social. Historicamente, a instituição da saúde mental surgiu como uma resposta social a comportamentos que se apresentam fora das normas sociais e podemos afirmar que, atualmente, ainda cumprem esse legado.

Lembremos também que, numa emergência psiquiátrica, os pacientes frequentemente são trazidos por terceiros, e não por demanda espontânea. Embora possamos acolher o que chega nessa instituição de diversas maneiras, por exemplo, escutando ou calando, é preciso primeiramente considerar a função de manutenção da ordem pública como uma demanda de normatividade social.

J.A. Miller contribui com essa reflexão a partir do enfoque psicanalítico na conferência “Saúde Mental e Ordem Pública”, na qual chega a equivaler os dois termos, tratando-os como sinônimos: “A saúde mental não tem outra definição que a da ordem pública” (1999, p. 20). Acrescenta ainda que há perturbações da ordem das quais se incumbem a saúde mental e outras que concernem à polícia ou à justiça. Isso depende se consideramos que o perturbador é responsável ou não por seus atos, a partir do que deve ser castigado ou curado, respectivamente.

Sob esse aspecto, há que considerar também que, para a criminologia, a enfermidade suspende o sujeito de direito, ou seja, é considerado inimputável perante a lei, o que oficializa e reforça o discurso de que aquilo que o louco diz não tem validade. Ou, como é corrente na linguagem popular, quando não se fia ou não se dá crédito ao discurso de alguém: “o que essa pessoa diz, não se escreve”. Adiante retomaremos essa questão ao propormos o psicanalista como aquele que serve de relator ao psicótico, ou seja, encarrega-se de escrever ou relatar o que narra o psicótico.

Seguramente, também poderíamos entender essa abordagem legal como uma proteção aos pacientes frente às dificuldades de inserção no laço social. No entanto, sob a perspectiva do sujeito em psicanálise, embora não se trate de culpabilização, ele é sempre considerado responsável por sua posição subjetiva e isso traz consequências na maneira como se apropria de suas memórias e as transmite. Partindo dessa premissa, podemos colher na clínica os efeitos diversificados deste discurso da ordem do direito. Posteriormente trataremos da correlação do sujeito com a responsabilidade.

Recordo-me de um paciente “com muitos anos trabalhando na psiquiatria”, como dizia ele, que passava pelo processo de aposentadoria. Na época, isso implicava na suspensão dos seus direitos como cidadão: ao ser considerado inválido para trabalhar, também não poderia votar, por exemplo, além de toda conotação desqualificante que essa palavra podia carregar. Ao contrário das expectativas dos familiares e da equipe, pois pensávamos que afinal ele precisava de meios para sobreviver, ele ficou feliz em ter tal solicitação negada: “não atestaram que eu sou incapaz”, sobre negativa da perícia médica.

Aqui podemos fazer mais uma menção ao chamado “senso comum” por intermédio da expressão corrente de que “louco é quem rasga dinheiro”. Devido à sua diferença em relação ao laço social, o que aparece como dificuldade na convivência em comum, os psicóticos nos oferecem a possibilidade de vislumbrar os nossos valores e ideologias corriqueiros, de lugares totalmente originais. Em outros momentos, trabalhamos a referida diferença teoricamente. Por agora, basta dizer que ela é notória e bastante consensual na sociedade. Nesse sentido, o senso comum nos traz elementos da memória desta mesma sociedade. No discurso mundial contemporâneo, o que poderia ser mais estranho do que rasgar dinheiro?

Sob esse aspecto, poderíamos dizer que concordar com um “louco” faz de nós algo estranhos também. Soa inverossímil questionar o funcionamento do capitalismo, assim como o próprio discurso médico, tamanho arraigamento desses discursos em nosso funcionamento social, modos de se comportar e de pensar. Assim, não terei aqui essa pretensão, mas entendo como autêntica e interessante a afirmação de que esses discursos são construções, fruto de escolhas (conscientes e inconscientes) e de disputas de poder ao longo da história da civilização. Portanto, os discursos não são fatos naturais, no sentido de que “sempre foi assim e sempre será”, até porque inclusive a natureza se transforma.

Enfim, creio que faz diferença não perdermos de vista esta perspectiva crítica sobre os discursos dominantes adotados como nossa memória oficial, pois isso acarreta efeitos sobre as nossas escolhas e sobretudo sobre nossas práticas profissionais. Portanto, estamos de acordo com Miller em sua colocação de que “decidir conformar-se à norma, fazer da norma a lei, é uma escolha política” (MILLER, 2002, p. 2).

Não se trata aqui de uma discussão abstrata e pueril sobre os discursos sociais, mas de começar a localizar no discurso, nas palavras utilizadas, nos sentidos que evoca e na lógica que mantém, as implicações simbólicas em jogo em nossa memória social.

Exemplificando e retomando a questão das demandas que chegam a um setor de emergência psiquiátrica, podemos considerar que os atos que nela resultam também são formas de dizer, ou seja, inscrevem-se dentro da lógica inerente ao discurso ao qual se

endereçam. Relatamos o caso de um paciente que costumava recorrer diariamente a este setor: “emergência, emergência!” repetia, caminhando copiosamente, demonstrando muita angústia e vinculando a expressão de seu sofrimento, à demanda de socorro que endereçava à instituição, ao significante que nomeia o setor.

Devemos observar que a expressão do paciente para designar algo grave que se passava com ele e que, portanto, necessitava de um pronto atendimento, era vinculada ao nome do setor do hospital de uma forma imediata. Nesse caso, é como se a palavra não fosse dialetizada em seu uso simbólico, mas tivesse o poder de, em si mesma, codificar a sua agitação e de defini-lo totalmente naquele momento de crise, demonstrando o caráter taxativo das palavras na psicose. É como se, na ausência de um repertório próprio, ele colasse o seu ser a este setor do hospital.

Essa leitura ou maneira de entendimento da situação de crise que se apresentava trará consequências sobre o estilo da abordagem institucional e permite que levantemos uma questão: a partir de qual discurso vamos responder a essa demanda? A resposta dependerá dos discursos que couberem dentro de uma instituição psiquiátrica.

Para retomar os termos utilizados no capítulo inicial desta tese, poderíamos partir de várias éticas diferentes para nortear nossas ações acerca desse caso, considerando a ética da tutela, da interlocução ou da ação social. Também poderíamos responder com palavras ou com pílulas, por exemplo. Porém, nenhuma dessas condutas ignora ou anula o fato histórico que data a invenção do próprio conceito de doença mental.

O fato histórico

O uso do termo “histórico” geralmente pretende designar que determinada coisa ocorreu, de fato, em algum momento do passado. Vários autores, alguns dos quais trataremos ao longo deste texto, problematizam se o que fora admitido como história oficial não seria apenas uma versão sempre parcial e tendenciosa dos fatos, em que vigoraria, por exemplo, a questão de quem teve o poder de torná-la oficial, entre outras.

Essa é uma questão primordial no âmbito da memória social, mas, no presente contexto, utilizamos os dados históricos difundidos e aceitos oficialmente para frisar que a instituição psiquiátrica nasce com a função de modular e neutralizar o que transtorna o convívio social, por intermédio de um vocabulário e uma lógica interna bastante específicos, cuja prática principal utilizada sempre foi o isolamento. Com isso, o conceito de doença está estandardizado em nossa memória social oficial.

Dito isso, cabe fazermos um adendo ao que consideramos “fato histórico”. Encontramos em autores caros à memória social, como Maurice Halbwachs (1950) e Pierre Nora (1984), a crítica à vertente histórica, que visaria congelar e eternizar um passado impossível de ser capturado por um discurso unívoco, enquanto as memórias multifacetadas do social são espontâneas e circulam, deslocam-se e transformam-se continuamente ao longo do tempo por meio do dinamismo de suas relações e de seus afetos.

Em nossa interpretação dos dados que se propõem como fatos históricos, estamos de acordo com a crítica desses autores. A nosso ver, toda história só poderia ser entendida numa concepção mais próxima da própria memória proposta por eles, enquanto multifacetada e em transformação constante, como veremos a seguir.

A crítica sobre a vertente histórica absoluta e congelada é compatível com a memória a partir da leitura de Freud, atravessada pelo conceito de realidade psíquica, ou seja, não haveria uma realidade última atestada pela história, mas apenas ficções ou apropriações a partir de como foram vividas por cada um. Podemos dizer, a partir de Freud, que cada memória é constituída como uma resposta singular frente à presença do social, desde o núcleo familiar até as memórias transmitidas pelo meio social mais amplo. Esse viés comparece durante todo o nosso texto, entendendo que a apropriação da memória é tributária da constituição de um território subjetivo.

Embora Halbwachs e Nora não desenvolvessem suas teorias da perspectiva da singularidade e, obviamente, não incluíssem o inconsciente em suas teorizações, já que esta foi uma criação freudiana, concebiam na memória, em detrimento da história, essa característica de atualização. Consideram necessário torná-las vívidas no presente para que efetuem uma vinculação com o passado, sem o qual a história se tornaria estanque e inócua, ou seja, sem efeito de transmissão sobre aqueles que compartilham de uma memória social em comum. Para Halbwachs, a memória coletiva é o que da história ainda interessa à nossa sociedade (1990 [1950], p. 102). No contexto desta pesquisa, diria que a memória da psiquiatria interessa na medida em que os efeitos do seu discurso vigoram fortemente em nossa sociedade atual.

Encontramos em *A memória coletiva* a reflexão de que não são os fatos, mas os modos de ser e de pensar de outrora que se fixam na memória (HALBWACHS, 1990 [1950], p. 78). Isto porque os acontecimentos deixam traços, modificam instituições, sua tradição subsiste nos grupos (p. 72). Para Halbwachs, os traços são as representações que garantem a transmissão da memória.

Embora possamos fazer uma aproximação do que chamamos fato histórico dos

acontecimentos reais que deixaram marcas, entendemos que estas são inapreensíveis em si mesmas, ou, na abordagem de Halbwachs e Nora, impossíveis de serem capturadas por um discurso unívoco. No entanto, o que fora considerado inapreensível pelas representações e que, portanto, fora ignorado pela teorização de Halbwachs, ganha grande importância para uma teoria psicanalítica da memória.

Em psicanálise, aquilo que é inapreensível e impossível de capturar pelo discurso remeteria ao traço enquanto dimensão do Real. Cabe lembrar que, na teoria lacaniana, o Real, escrito em maiúscula, é parte dos três registros psíquicos de apreensão das experiências. Os outros dois são o Simbólico e o Imaginário. Se com o Simbólico registramos a função das experiências em nossas vidas e com o Imaginário tentamos lhes atribuir um sentido, o Real diz respeito ao que resta enigmático e insondável em nossa experiência humana. Daí o seu caráter traumático e nossa necessidade de cerni-lo de algum modo, tentando falar, talvez, e até produzindo memórias com isso.

Já o conceito de traço diz respeito a algo prévio ao mundo da linguagem, que deixa marcas anteriores ao mecanismo da representação, mas que, no entanto, terão suma importância na configuração do psiquismo enquanto memória. Sob essa perspectiva, o fato histórico nos remeteria ao acontecimento cujo instante só poderá ser referido por alusão, por meio das ficções que se constroem ao redor da marca, ao ser historiada.

Segundo Lacan (2009 [1953-1954], p. 22): “A história não é passado. A história é o passado na medida em que é historiado no presente”. Interessante que historiar pode ser entendido como escrever, registrar, ou seja, alude àquilo que do passado foi reescrito no presente. O que possibilita a reinscrição é a presença de uma marca anterior. As diferentes propriedades da palavra, registrada num sistema simbólico ou apenas escrita como marca, retornarão com particular importância na clínica das psicoses.

Também podemos entender historiar como criar histórias, ficções, mitos. Não por acaso, encontramos na obra freudiana, desde seus fundamentos, grande importância conferida aos mitos, desde Édipo, passando pela própria constituição psíquica do sujeito através do romance familiar como mito individual até o mito sociológico da horda primeva. Os mitos dizem respeito à memória coletiva.

Também encontramos em Baudrillard uma construção teórica similar, expressa na seguinte definição: “A história é o nosso referencial perdido, isto é, o nosso mito” (BAUDRILLARD, 1991, p. 59). Nesse sentido podemos pensar os mitos como o que diz respeito à nossa memória coletiva. Esse caráter ficcional, a nosso ver, reafirma uma leitura possível da história que nos interessa:

A história era um mito forte, talvez o último grande mito, a par do inconsciente. Era um mito que subentendia ao mesmo tempo a possibilidade de um encadeamento “objetivo” dos acontecimentos e das causas, e a possibilidade de um encadeamento narrativo do discurso (BAUDRILLARD, 1991, p. 65).

Não por acaso, esse autor era influenciado em sua obra por Freud, Saussure e Foucault. A seguir, trazemos outra citação que corrobora a concepção de fato histórico aqui proposta, desta vez elucidada por Foucault:

Quanto ao problema da ficção, é para mim um problema muito importante; me dou conta de que não escrevi mais que ficções. Não quero, no entanto, dizer que está fora realmente. Me parece que existe a possibilidade de fazer com que a ficção funcione na verdade; de induzir efeitos de verdade com um discurso de ficção, e fazer de tal sorte que o discurso realmente suscite, "fabrique" algo que ainda não existe, isto é, "ficcionalize". Ficcionaliza-se a história a partir de uma realidade política que a torne verdadeira, "ficcionaliza-se" uma política que ainda não existe a partir de uma realidade histórica (FOUCAULT, 1977, p. 7)³³.

Foucault nos diz dessa maneira que não existe verdade última, mas ficções que trazem efeito de verdade. Nessa entrevista o autor desenvolve argumentos em torno da verdade que os discursos podem desempenhar, sobretudo sobre os corpos, pois, segundo ele, as relações de poder penetram nos corpos. Essa questão do efeito dos discursos sobre os corpos será retomada adiante.

Embora diga respeito aos corpos, por enquanto nos interessa contextualizar a discussão de como os efeitos do discurso médico se presentificam nas instituições. Só poderemos discutir o potencial terapêutico ou adoecedor das instituições de saúde mental, ou seja, buscar maneiras para que elas sirvam efetivamente aos sujeitos que são cuidados nelas, se e somente se: primeiro, reconhecermos sua função de mantenedora da ordem pública; segundo, reconhecemos seu caráter ficcional e conjuntural da construção de um conceito de doença mental que, todavia, sobrevive em nossa memória social.

Freud, ainda que fosse médico e, como tal, falasse a língua da comunidade científica, da qual buscava o reconhecimento, reconheceu a ciência dentro de um sistema simbólico. Numa carta a Albert Einstein, Freud diz:

³³ No original: *Cuanto al problema de la ficción, es para mí un problema muy importante; me doy cuenta que no he escrito más que ficciones. No quiero, sin embargo, decir que esté fuera de verdad. Me parece que existe la posibilidad de hacer funcionar la ficción en la verdad; de inducir efectos de verdad con un discurso de ficción, y hacer de tal suerte que el discurso de verdad suscite, «fabrique» algo que no existe todavía, es decir, «ficcione». Se ficciona historia a partir de una realidad política que la hace verdadera, se «ficcione» una política que no existe todavía a partir de una realidad histórica* (livre tradução).

Talvez ao senhor possa parecer serem nossas teorias uma espécie de mitologia e, no presente caso, mitologia nada agradável. Todas as ciências, porém, não chegam, afinal, a uma espécie de mitologia como esta? Não se pode dizer o mesmo, atualmente, a respeito da sua física? (FREUD, 2005 [1932], p. 41).

É nessa perspectiva de Freud que propomos revisitar os paradigmas médicos como referidos a um contexto simbólico e que, portanto, só poderia ser entendido como construção ficcional (ou seja, uma mitologia) em relação a outros símbolos, mas que, no entanto, se autolegitima enquanto discurso e como memória oficial.

Se considerarmos a problemática médica do ponto de vista discursivo, explorando o termo “iatrogênico”, que é o nome dado ao efeito indesejável causado pelo próprio tratamento, podemos dizer que, embora sejam denominados “indesejáveis”, são parte constitutiva do discurso que o sustenta. Por exemplo: os efeitos colaterais das medicações e até a dependência química que podem acarretar ou a questão da cronicidade podem ser consideradas como uma adesão exagerada ao discurso médico, sem nenhum deslocamento possível a partir do tratamento. Essas considerações serão importantes ao pensarmos as instituições como territórios provisórios.

Aliás, a psicanálise nasce da sistematização da descoberta de que os sintomas das histéricas são parte constitutiva do discurso que os sustenta, como dito acima, pois falavam a língua daqueles que as analisavam, contradizendo o discurso científico da época. Ou seja, o corpo falava a partir de outro discurso que não era o predominante, embora influenciado por este, mas que também possuía uma lógica própria.

Portanto, nomear as coisas, inseri-las numa série que lhes conferem sentido específicos, gera todo um mecanismo de linguagem, ao que chamamos de discursos. Deles, dependem todos os seres falantes e é a isso que o termo “sujeito” faz menção, à submissão ao mundo da linguagem que, para a psicanálise, o constitui como tal. Nesse sentido, do ponto de vista do sujeito, o território que nos interessa, só poderia ser o território subjetivo, produzido a partir dos efeitos de linguagem.

No discurso das civilizações ocidentais, nomear a doença³⁴ como tal, classificá-la e a

³⁴ As formas de classificação das chamadas doenças se modificaram ao longo do tempo. Por exemplo, eram divididas em “Síndromes” na época pineliana e hoje são catalogadas como “Transtornos Mentais” pelo CID 10 - Código Internacional de Doenças, regulado pela Organização Mundial de Saúde e pelo DSM 5 - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, que está em sua quinta versão (cada vez mais ampla), regida pela Associação Americana de Psiquiatria. Quando falo aqui de nomeação, refiro-me à consideração da doença como tal, ou seja, algo deficitário com relação à boa saúde. Hoje, seria difícil sequer compreender que um dia esse conceito não existiu, que fora um acontecimento místico, por exemplo, ou que não acarretasse algum tipo de

partir disso, tratá-la como algo a ser debelado, é um exemplo paradigmático da importância das palavras e de como incidem sobre nossos destinos, ou seja, passam a compor os elementos de nossa memória e construções subjetivas. Conforme tratado no capítulo anterior, a partir da criação dessa nomenclatura, foi alterada definitivamente a memória social e a abordagem acerca da loucura.

4.1.1 A clínica institucional e a composição de memórias

Localizando uma das questões centrais deste trabalho, como podemos organizar nossas instituições de forma a possibilitar a configuração de um território subjetivo para o sujeito, considerando-o como reapropriação da memória social? Sob essa perspectiva, a clínica psicanalítica pode, com sua concepção de sujeito, fazer incidir suas contribuições fora das paredes do consultório. Isso ocorre ao pensarmos como as modalidades discursivas se presentificam no mundo, considerando-as como produtoras e indutoras de subjetividades.

Assim, apropriamo-nos dos termos foucaultianos, mas que são absolutamente pertinentes dentro da perspectiva que estamos adotando. O autor interrogava “os pontos de inserção e as dependências do sujeito à ordem dos discursos” (FOUCAULT apud ALBERTI, 2002, p. 45-46), ao que relacionamos à constituição linguageira do sujeito psicanalítico em relação ao seu Outro social.

Na medida em que interrogamos a estrutura da ação analítica, colocamos em questão o lugar do analista na condução do tratamento, o que nos remete a uma discussão decisiva, que diz respeito à ética que preside esta experiência.

O que a via aberta por Freud permite enfatizar, no mais alto grau, é a função fecunda do desejo no direcionamento da ação humana. A partir disso, Lacan traz o desejo para o centro do debate ético, afastando-se do caráter prescritivo, em termos de valores e ideais de conduta, que caracteriza a reflexão moralista (RINALDI, 1997, p. 1).

Essa dimensão desejante, para a psicanálise, só poderia dizer respeito à singularidade do sujeito, pois, uma vez que considera que não há objeto absoluto do desejo, cabe a cada um trilhar o seu próprio caminho a partir dessa falta, que funciona como causa para o movimento desejante. A partir disso é que podemos dizer que o ideal que rege a psicanálise é a ética do

sofrimento. Hoje, tornou-se impossível conceber esse acontecimento fora do repertório científico, incorporado como nosso repertório.

bem-dizer, segundo a qual o dizer é ao mesmo tempo a busca e o caminho desejante. Sob essa lógica, “o trabalho do analista é colocar o sujeito a trabalho” (ELIA, 2017). Trabalho que implica inclusive o descolamento de certas memórias oficiais que aniquilam a possibilidade de uma localização subjetiva fecunda e produtiva.

Denominamos psicanálise em extensão a modalidade da psicanálise que visa ampliar seu discurso e método para além do *setting* tradicional. Lacan trata minuciosamente dessa questão em sua “Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola” falando sobre a impossibilidade de garantias de que um psicanalista seja de fato um psicanalista, embora a proposta de formação da Escola de psicanálise.

Nesse momento, não seria o foco de nossa discussão a lógica da organização de uma instituição psicanalítica, bastando relativizar o apelo de que a clínica passe por algum selo de identificação e de que o analista porte uma espécie de crachá, até porque fazer parte de uma Escola tampouco garante a efetivação dos princípios psicanalíticos. Segundo Angelina Harari, “a Escola é um lugar fundado na ausência da identidade do psicanalista, uma maneira de dizer que o conceito de analista não existe. É o sentido das palavras de Lacan: façam como eu, não me imitem”³⁵ (livre tradução) (HARARI, 2018).

Portanto, a nosso ver, na clínica proposta como ampliada não se trata de intervenções com um certo “perfume” da psicanálise, mas de ações pautadas em seus conceitos e em sua ética, presentificadoras da psicanálise no mundo. Da mesma maneira, não devemos considerar como mais rigorosa a psicanálise em “intensão”, também chamada psicanálise pura. O termo “pura” designa que está voltada à questão didática, ou seja, de preparar operadores para ela: “(...) de conformidade com a topologia do plano projetivo, é no próprio horizonte da psicanálise em extensão que ata o círculo interior que traçamos com a hiância da psicanálise em intensão” (LACAN, 2003 [1967], p. 251).

Assim, mais uma vez, a dimensão dentro-fora aparece, dessa vez no que diz respeito à prática do analista, ao movimento causado pelo desejo do analista, que presentifica a intensão na extensão e se estende à política.

As reformulações e reformas dos discursos são favorecidas ao considerarmos esta dimensão *extima* do inconsciente estruturado como linguagem, lançado pelo desejo à esfera da memória e do Outro e, portanto, relacional, transindividual, vinculado às estruturas discursivas que se apresentam instituídas. É a partir desse entendimento que lemos o aforisma

³⁵ No original: *La Escuela es un lugar fundado en la ausencia de la identidad del psicoanalista, una manera de decir que el concepto de analista no existe. Es el sentido de las palabras de Lacan: “Hagan como yo, no me imiten”*.

lacaniano de que “o inconsciente é a política” (LACAN apud BROUSSE, 2003).

A clínica institucional tal qual a concebemos, referida à política de saúde mental, está orientada ao bem de todos como limite da própria convivência com o outro, o que replica o mal-estar de todo sujeito como parte constituinte da civilização.

Sendo assim, dentro ou fora do hospital, propomo-nos a pensar a instituição de saúde mental como território provisório, de passagem para o terreno social mais amplo, onde, todavia, as questões relativas ao laço social permanecem em diversas modalidades. Segundo Maria Rita Guimarães, numa conferência a respeito da clínica institucional³⁶, “explorar as modalidades do laço social e, portanto, suas políticas, é da mesma ordem que explorar o sujeito do inconsciente. Na ausência da experiência do inconsciente, apenas há a gestão de corpos.”

Do ponto de vista do funcionamento do inconsciente, só cabe ao analista desinstitucionalizar ou propor uma instituição em que lugares de onde provêm os discursos sejam provisórios, assumidamente fictícios, cujo objetivo é favorecer a produção de estruturas discursivas múltiplas, que possam acolher o sujeito, localizá-lo, alojá-lo. Aqui, discursos e territórios são sinônimos.

Assim, procuramos transmitir como é trabalhar a partir das funções transdisciplinares do analista nessa modalidade de serviço, visando à desinstitucionalização. Sobretudo, buscamos refletir sobre o ofício de fazê-lo desde dentro do próprio hospital psiquiátrico, tendo que convocar constantemente os agentes sociais, sejam eles os familiares, sejam os outros serviços da rede, dispositivos territoriais que façam parte do cotidiano dos usuários, órgãos governamentais que respondem por nossas diretrizes políticas etc., e ao mesmo tempo trabalhar minuciosamente na feitura dos laços sociais, acompanhando sistematicamente o sujeito em suas produções.

Atualmente, de dentro do hospital enfrentamos a bem-vinda dificuldade dos tempos de Reforma, ou seja, com o fechamento de grandes manicômios, os serviços da rede assistencial tiveram que se desdobrar para acompanhar o ritmo frenético da crise com o tempo quase inexistente da cronicidade, delineando contornos específicos para suas clínicas.

Na crise, algo que rompe com o contrato social vem demandar muitas vezes um apelo pela circunscrição de um “si” que se encontra temporariamente inexistente. Há uma espécie

³⁶ V ENAPOL – Encontro Americano de Psicanálise de Orientação Lacaniana – “A saúde para todos, não sem a loucura de cada um”. Rio de Janeiro, 11 e 12 de junho de 2011. O tema deste evento contempla os muitos analistas implicados no campo da saúde mental. Nele foi apresentado um trabalho que originou as reflexões hoje desenvolvidas nesta tese.

de urgência em dizer, que necessita ser acolhida, decodificada, inscrita na linguagem que humaniza (no sentido de que todos somos constituídos como seres de linguagem) estabelecendo relações, tornando-as possíveis. Nessa perspectiva, decodificar seria a tentativa de tornar os códigos da linguagem mais amenos, mais habitáveis.

Na cronicidade temos que fazer o caminho inverso: injetar a vida mortificada ao longo dos anos de empobrecimento das relações, tornando-as igualmente possíveis. Nesse contexto institucional, a qualidade da neutralidade daquele que escuta visando acolher o que vem do outro (algo preconizado na clínica psicanalítica tradicional), agrega-se à diversidade de ofertas e estilos de abordagem, amplia as possibilidades de escolha e de vinculação do usuário, coadunando com a ideia de rede de cuidados para que o sujeito não seja deixado cair. Trataremos disso ao trabalharmos a proposta da “prática entre vários”.

Essa concepção de rede, além de uma clara alusão à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), possui matizes teóricos e clínicos que acarretam consequências técnicas ao repensarmos as políticas públicas de saúde mental, ao visarmos à descentralização da assistência, lançando a rede ao território.

Nesse ponto a psicanálise converge com a proposta da saúde mental atual, referendada à Reforma Psiquiátrica, no que diz respeito ao território, ao considerar sobretudo o território subjetivo, como um modo particular de se enganchar nos discursos “como instâncias pessoais e institucionais que atravessam a experiência dos sujeitos” (MS, 2005, p. 13), a partir dos quais devemos nortear as ações no território.

Embora neste momento estejamos articulando a abordagem institucional ao manejo clínico dos sujeitos, ou seja, buscando maneiras de manejar o discurso da instituição de saúde mental de forma a amparar o funcionamento do sujeito, devemos também ser capazes de distinguir seus efeitos nefastos: relato uma frase marcante de Saulo, paciente internado há 25 anos: “sou de nenhum lugar, aonde não vai ninguém”. Assim ele se referia à completa ausência de referências subjetivas fomentadas pelo limbo manicomial. Ele vinha transferido por ocasião do fechamento de um grande hospício por meio da intervenção pública realizada pelos agentes da Reforma.

Dessa vez, buscamos recebê-lo pela via de suas palavras, considerando-as, pautando-nos nelas para que ele se organizasse minimamente como sujeito. Lembramos que considerar suas palavras atende aos pressupostos da cidadania, de quem tem o direito de opinar a respeito do rumo de sua própria vida, ainda que seja sobre os cuidados que recebia naquele momento de institucionalização. Da mesma maneira, pautar-nos pela via de suas palavras também acolhe a dimensão da sua subjetividade, que só poderia se fazer presente a partir de sua

imersão própria num mundo de linguagem, ou seja, na construção de sua memória.

Ao validarmos a fala do sujeito, escutando-o, permitimos que ele faça uso da palavra a seu favor, na constituição de um território subjetivo e implicitamente o implicamos em uma posição no mundo.

Por outro lado, a perspectiva real de que Saulo passasse a viver num dispositivo extra-hospitalar (já que aguardava sua vaga numa Residência Terapêutica) dava consistência aos atendimentos, pois o trabalho com a palavra visava literalmente a uma mudança de posição. A estada dele em nossa instituição era transitória, apenas um lugar de passagem. Aliás, o que seria o sujeito senão a capacidade de passar de um lugar a outro, de um significante a outro, sem perder-se no meio do caminho, continuando a se reconhecer como a si mesmo?

Considerar o que o sujeito diz é o primeiro passo para validar sua posição no mundo, pois, como esse sujeito bem disse, quem não está localizado no Outro não está em lugar nenhum.

Nada mais adequado do que “comportar-se como maluco dentro do hospital psiquiátrico” – esta é uma fala recorrente entre os pacientes, justificando e contextualizando muitas vezes suas ações. Ao apontarmos a “perspectiva real” como oportunidades efetivamente calcadas fora da instituição, encontramos igualmente a potencial função terapêutica do território. Nessa perspectiva, propomos como estratégia estruturante as intervenções da clínica da desinstitucionalização, que consistem em retomar atividades comuns da vida externa.

Cito Ivo, um paciente internado há dois anos devido a sintomas muito severos e angustiantes, que se manifestavam na inadequação do seu comportamento, falando muito alto, geralmente temas referentes ao sexo, ao que restringia quase totalmente os conteúdos de sua fala. Era frequente urinar nas próprias roupas, sinalizando uma “incontinência”, que não se explicava por nenhuma anormalidade orgânica senão pela ausência de delimitação subjetiva de seus limites corporais. Embora seu quadro fosse realmente dramático, Ivo já convivia com ele há 30 anos e notávamos que se agravava dentro do hospital, “onde maluco faz maluquice”, dizia ele.

Ele passou a sair acompanhado por técnicos e a irmã se dispunha a participar, embora não conseguisse levá-lo para casa. Assim, foi se familiarizando com a pensão onde iria morar, indo tomar um café, almoçar, passar o fim de semana. Lá era possível falar da comida, do tempo, dos programas de TV, da vizinhança que se via da janela e demais coisas que se fala ao compartilhar um café.

Embora as questões sintomáticas anteriores permanecessem, foram abrandadas pela

circulação em outros ambientes, que lhe propiciavam um novo repertório. Suas saídas mobilizavam uma enorme logística no cotidiano hospitalar (autorizações, roupas, dinheiro, transporte, o manejo da medicação etc.), assim como a articulação constante com outros profissionais da equipe, a nova equipe de referência do local onde iria morar, os familiares, a Gestão da Saúde Mental que acompanha os casos de longa permanência, as pessoas da nova casa etc.).

Enquanto isso, seguiam os atendimentos que, nesse caso, serviam para estancar pontualmente todos os seus excessos (de palavrões, de angústia, de sintomas corporais, de inadequação etc.). A clínica comparecia de forma sutil: o enquadre precário das palavras, o recorte no tempo e no espaço das sessões e a distância corporal entre nós eram elementos que ensaiavam a possibilidade de delimitação e estruturação subjetivas.

Com relação ao manejo da dimensão da palavra na esquizofrenia, na ausência do delírio (que já é uma estruturação subjetiva), cabe nos ofertarmos à feitura de um laço transferencial que canalize a profusão dos afetos, extraindo dele a lógica que, no estabelecimento mesmo do laço, pode se configurar. Muitas vezes, cabe-nos apenas ser o receptáculo das palavras fragmentadas, buscando testemunhar aquilo que o sujeito poderá extrair do Outro invasivo, que fala do sujeito a despeito dele mesmo.

No caso de Ivo, o entendimento de que a subjetividade é um modo próprio de enganchamento no discurso possibilitou notarmos que o fato de ele estar ali era enlouquecedor e darmos a partida para a ação de outros recursos. Além disso, a presença da dimensão clínica permanecia quase como um ato político, visando defender o território da subjetividade, causando algum possível efeito de subjetivação.

Até aquele momento, ambos os pacientes relatados não chegaram a encontrar territórios subjetivos: Saulo porque estava em “lugar nenhum” desde a anomia manicomial, e Ivo porque estava alojado no discurso psiquiátrico de forma a desaparecer como sujeito.

Dell’acqua, importante expoente da Reforma italiana, diz que:

o hospital simula um espaço do habitar que não existe. Além disso, não é um espaço que comunica, porque é como se o hospital psiquiátrico negasse, ou negue, a presença de um limiar, um limiar de passagem entre o dentro e o fora (DELL’ACQUA, 2014, p. 60).

Assim, podemos nos valer dos preceitos da Psiquiatria Democrática Italiana ao partirem da crítica e da reinvenção da instituição: “A Instituição Negada”, em direção a “A Instituição Inventada” – para citarmos importantes textos de Rotelli (1990) e Baságli (1985),

respectivamente, afirmando a necessidade de fechar o manicômio e reinventar instituições. Seguindo esses marcos conceituais, chegamos na proposta que Rotelli chama de “terceira desinstitucionalização”:

criando formas habitativas que sejam o mais centradas possível em suas necessidades e que empreguem variados recursos. (...) Portanto, habitar não diz respeito somente ao morar em uma casa. Habitar é estar no território, e estar no território representa todo esse circuito que deve existir ao redor da pessoa. Como se estivéssemos falando, agora, das instituições singulares da vida cotidiana, de como construir, tornar possível a vida cotidiana das pessoas dentro de uma comunidade e das relações (DELL'ACQUA, 2014, p. 56).

Essa abordagem das “instituições singulares da vida cotidiana” me remete a uma dimensão para além da “pessoa” de direitos e diz respeito ao ato criativo de se instituir, se estruturar como sujeito singular. Notamos aqui um ponto de confluência importante entre o discurso da Reforma e o discurso da psicanálise acerca da localização do sujeito nos discursos e nas relações comunitárias ou, dizendo de outra forma, a habitação dos territórios.

Trata-se de reinventar modos de lidar com o inconciliável entre a singularidade e o coletivo, para os quais a psicanálise pode colaborar com sua abordagem mais artesanal com a palavra, ao afirmar que por intermédio delas se estrutura o sujeito e o enlace possível com o social.

Relataremos também um exemplo em que a intensificação da oferta da escuta como intervenção num longo ciclo de reinternações psiquiátricas possibilitou uma produção via significantes e o trilhamento de novos caminhos para fora da instituição. Vamos chamá-lo de “Elo”, tamanho o arraigamento às tramas do seu delírio, mas também ao que diz respeito ao laço transferencial. Elo vinha trazendo às sessões a temática dos empregos que já teve na vida, do que sabia fazer; começa a falar em ser pedreiro, pois sabe fazer construções, aliás, o que vinha fazendo com muita riqueza no plano das sessões.

Elo passa a falar em trabalho a partir de seu delírio, de como era um pedreiro diferente, sua pá era de diamante e tinha uma técnica que lhe permitia não se utilizar de força bruta, o que foi um avanço importante, já que apresentava alguns episódios violentos que resultavam nas internações. No decorrer dos atendimentos, diz ele próprio ser um diamante, pois tinha valor em si mesmo, mas poderia ser como o Carbono, que é feito das mesmas moléculas, e não valer nada; interessante perceber como essa fala figura a fragilidade existencial característica à psicose, em que o sujeito oscila do tudo ao nada. Por outro lado, o valor que tinha em si mesmo, mais o isolava do que potencializava suas trocas sociais. Elo vai

experimentando articulações entre “seu mundo”, como se referia às construções delirantes, e os nossos valores – “neste círculo fechado, o contexto de vocês, profissão, família... tudo segue a lógica do lucro”. Num momento posterior, começa a relacionar a necessidade de sua independência financeira com condições para desvincular-se de sua família, sobretudo sua mãe. Nesse ponto notamos o atravessamento de questões cotidianas e objetivas com a necessidade de separação subjetiva de Elo, que começara a trabalhar como pedreiro junto a um tio, com quem estabelecera forte ligação.

Elo era muito vinculado ao funcionamento da instituição psiquiátrica hospitalar e esse excesso era denunciado pelo abuso que fazia da medicação. Não era incomum ir mais de uma vez por dia à Emergência para solicitá-la (como já relatado anteriormente). Passamos a ofertar a escuta rigorosamente todas as vezes em que se endereçava ao setor de Emergência, direcionando-o aos profissionais de sua referência. Embora eu o acolhesse na maioria das vezes, pois era Residente neste hospital e passava muitas horas presente e disponível à escuta, dividir a referência com outros é um importante recurso para que o vínculo à psicose não se torne algo invasivo, pois segue a mesma lógica do “tudo ou nada”, podendo ser excessivo.

A partir dessa oferta da escuta e da presença como ato analítico, barrando o uso abusivo que fazia dos recursos institucionais, estabeleceu-se um vínculo em torno do qual foi possível uma reinserção na instituição. A instituição era seu território até então, acolhendo seus delírios e também suas demandas, pedidos que condensavam tanto suas questões mais subjetivas ou existenciais quanto as questões mais práticas e cotidianas.

Sobretudo pelas características clínicas da psicose, nela o discurso porta uma materialidade que aproxima as palavras e as coisas, sem a separação que costumamos fazer entre o mundo real e o simbólico. No caso de Elo, por exemplo, foi imediata a passagem da construção delirante para a construção de fato, como pedreiro, assim como o efeito da descoberta desse seu talento, para a interrupção da força bruta.

Em outro momento relataremos detalhadamente o manejo da transferência³⁷ nesse

³⁷ A transferência pode ser entendida basicamente como a relação que se estabelece entre analisante e analista: “é um termo progressivamente introduzido por Freud (...) para designar um processo constitutivo da cura psicanalítica, em virtude do qual os desejos inconscientes do analisante, concernentes a objetos exteriores se repetem, no marco da relação analítica, com a pessoa do analista, colocado na posição desses diversos objetos (ROUDINESCO, 1997, p. 1079). A transferência também pode ser entendida como mecanismo que impulsiona o processo de análise, na medida em que o analisante instala o analista na posição de suposto saber a respeito do que se passa com ele ao nível de seu inconsciente. Ou seja, a transferência permite a atualização dos conteúdos psíquicos e dos afetos, de maneira que possam ser abordados.

No contexto da clínica institucional, entendemos que ocorre uma extensão do mecanismo à própria instituição que acolhe o sujeito. Nas psicoses, a transferência assume características específicas que serão oportunamente abordadas.

caso. Por enquanto, vamos entendê-la como laço que me permitiu acessar o seu mundo, a literalmente habitá-lo. Assim, sua demanda deixou de ser apenas por medicação e passou a mobilizar muitas outras coisas: os conteúdos do seu delírio, o uso de drogas, relações amorosas e familiares, talentos e profissões.

Aqui o laço feito com Elo permitia enganchá-lo à instituição de forma particular. Ao contrário dos casos relatados nos quais os sujeitos não estavam em lugar nenhum, havia uma transferência prévia com a instituição, além de um trânsito entre o dentro e o fora do hospital, o que já aumenta substancialmente o escopo de possibilidades de localização subjetiva. Mas havia sobretudo uma real disponibilidade por meio da persistente oferta da escuta. Digamos que a vinculação pode de fato ser enodada com a feitura particular do laço.

Inclusive, somente a partir da delimitação de um território subjetivo é que se torna possível a passagem efetivamente a outros lugares.

4.1.2 Oportunidade e inspiração

A expressão “oportunidade e inspiração” fora proferida por um outro sujeito psicótico durante seu atendimento psicológico, onde fazia um belo trabalho ao trilhar seu caminho subjetivo, buscando definir suas necessidades quanto ao trabalho autônomo que realizava. Era pela via do trabalho que ele se via inserido no mundo das trocas simbólicas, e através dele podia se relacionar com várias pessoas, além de se reconhecer do lugar de vendedor de produtos naturais “estrangeiros”. Estes produtos lhe permitiam se inserir com e a partir de suas idiossincrasias, pois como todo estrangeiro, sempre se sentia um pouco “por fora” de tudo. Além do mais, podia organizar seu ritmo próprio, já que como autônomo seguia seu horário e programação. De fato, tinha um jeito particular de se vestir e de se comunicar: muito formal e apegado à literalidade das palavras; às vezes, me parecia um verdadeiro livro de poesia concreta. O significante “autônomo” conferia estabilidade a ele, delimitando em torno de seu ofício um lugar no mundo. A inspiração era conferida pelas sessões, afinal, ele precisava saber, ou melhor, precisava o saber acerca do que realmente queria. Seu trabalho o inspirava a se levantar de sua cama, sair de casa, relacionar-se com o mundo. De sua lógica, depreendemos que, sem a inspiração, não se move de um lugar a outro, e nem sequer de um significante a outro.

Consideramos esta dupla de palavras – oportunidade e inspiração – emblemática aos valores que guiam nossa intervenção em saúde mental, pois une os elementos objetivos e

subjetivos, contextuais e particulares, o presente e o porvir, sem os quais não haveria genuinamente inserção social no território.

A oferta de dispositivos (sejam intra ou extrainstitucionais), configuram-se realmente como oportunidade quando inspiram o sujeito e quando oportunizam o seu comparecimento no que ele tem de mais autêntico ou singular, pois, do contrário, seria uma mera adaptação ao discurso social. A partir disso, entendemos que a exclusão pode ocorrer tanto por estar apartado do laço social, o que ocorre na resposta manicomial à loucura, por exemplo, como no sentimento de não pertinência (não pertencer ao que lhe pertence).

Estar em um ambiente em comum, no entanto, sem considerar as questões subjetivas dos envolvidos, despontencializa as atividades realizadas, desinvestidas de desejo e afetos que lhes digam respeito. Nesse caso, estar no território sem considerá-lo como território subjetivo. Teríamos a “oportunidade”, sem dúvida fundamental, no entanto, nos faltaria a “inspiração”. Somente aquilo que afeta ao sujeito pode converter um simples ambiente em comum, em comunidade de fato.

A escuta faz laço, une quem fala e quem escuta num universo em comum que, enquanto laço transferencial, integra a ambos, lhes dá comunidade. Em tese, não se trata de intersubjetividades se relacionando, mas da presença que testemunha e recolhe o que se desprende de quem fala enquanto voz. A escuta psicanalítica é um método que propõe fisgar o que escapa ao simbólico compartilhado – ao revés do “Freud explica”, mas na clínica da psicose pode instrumentalizar a esquematização do delírio, uma simbologia original.

Além disso, o analista pode abarcar também a função de depositário dos objetos de linguagem extraídos pelo tratamento que o sujeito psicótico dá à linguagem, tomando as palavras como coisas. Retomaremos esta especificidade da palavra enquanto escritura, mas convém já delimitarmos essa característica da escuta, mais próxima de uma posição do analista, do que de sua interpretação. Trata-se menos de deter um suposto saber sobre o funcionamento inconsciente (o que ocorre no manejo da transferência na neurose) do que validar o saber que está do lado do psicótico. Ao validá-lo, corroboramos com a fixação dos pontos a partir dos quais os sujeitos se movem: no exemplo anterior, “estrangeiro” e “autônomo” cumpriam essa função.

A função da escuta no contexto da clínica ampliada é ela mesma um método de intervenção que concilia a clínica e a ação social, encontrando na fala as direções das ações realizadas junto aos usuários, incluindo os seus dizeres próprios na dimensão do cuidado cotidiano que se concretiza nos dispositivos comunitários.

Tanto no caso da escuta como laço transferencial quanto no estabelecimento de vinculações no campo social, ao enfocarmos a questão do laço social como cerne de nosso interesse e intervenção, podemos afirmar que a clínica encontra a política. Ou seja, se o sujeito só se constitui na articulação com o Outro da linguagem e com o outros entre os quais se situa imaginariamente e a partir do Real em jogo neste campo Outro-outro, o sujeito só poderia ser uma produção política. A trajetória do sujeito se inscreve ou se escreve na história social, familiar, libidinal e por isso não poderia deixar de ser política.

Encontramos no documentário “Desequilíbrio Perfeito”³⁸, fruto do projeto que pretende dar voz às pessoas afetadas por transtornos mentais, o testemunho de um usuário que dizia: “não quero que me digam o que fazer, necessito que venham comigo pelo caminho”. Essa fala retrata o desafio de fazer com que as ações realizadas junto aos usuários possam ser mais efetivas ao serem protagonizadas por eles mesmos e assessorada pelos profissionais, num bom exemplo do que chamamos de “clínica ampliada”. Miguel Bassols no evento sobre psicoses ordinárias³⁹ citou a fala de seu paciente autista que dizia: “necessito de um guia que me siga”, num exemplo preciso da função clínica da escuta do analista na psicose. Embora se referisse às produções em sessão, entendemos que a clínica ampliada se pauta no mesmo princípio.

Na perspectiva da clínica na atenção psicossocial (termo mais adequado quando abordamos a saúde mental no território) onde o gerenciamento na vida e o trabalho com o entorno sociocultural são incluídas no escopo das ações clínicas, constitui-se um ato político sermos guiados pela singularidade do sujeito.

Há uma relativização dos discursos sociais predeterminados, fechados em uma lógica própria (embora reconheçamos seu valor de ficção pactuada e compartilhada), para priorizar aquilo que o sujeito é capaz de trilhar como seu próprio caminho. Utilizamos o termo “trilha” tanto no sentido de um caminho prévio (portanto dizendo respeito às marcas que alguém já traçou e que são possibilidades de articulação do sujeito) quanto ao caminho inédito, que se faz ao caminhar. A escuta possibilita ambas as concepções, redefinindo escolhas ou criando possibilidades, realojando-se nos discursos disponíveis ou inventando um discurso próprio (como veremos adiante nos territórios delirantes).

³⁸ Programa “Experiência Própria”, realizado pela *Federação Salut Mental Catalunya - SMC* e que visa proporcionar o relato em primeira pessoa. Neste documentário, os usuários são literalmente os protagonistas.

³⁹ O termo “ordinárias” se refere à modalidade de funcionamento onde a estrutura psicótica estaria presente, sem no entanto a deflagração de nenhum episódio de crise. *Las psicoses ordinárias y las otras bajo transferencia - XI Congreso da Asociación Mundial de Psicoanálisis*, Barcelona, 2018.

Na perspectiva da memória social, a escuta propicia o questionamento das memórias oficiais, a resignificação ou a reapropriação das memórias coletivas e os efeitos de localização do território subjetivo.

Em um outro depoimento do referido documentário, a usuária expõe seu drama cotidiano, no qual compõe de forma automática e desafetada seu cenário doméstico: “não adianta estar aqui sem sentimentos em comum”, referindo-se à “anestesia” que atribuíra aos efeitos de sua medicação. Na cena, a mãe de família realiza a limpeza da casa e joga fora o desenho feito pelo filho. Na sequência do enredo, ela resgata o papel do lixo – um pouco amassado e retratando de maneira singela a família – e com ele adorna a casa. Nesta cena percebemos a transformação do que vinha sendo uma atividade desprovida de sentido, em algo em comum, ou seja, “pertencer àquilo que lhe pertence” de fato, como nos disse Milton Santos (2007), a respeito do território.

Essa usuária levava uma vida bem próxima da “normalidade” social e, embora houvesse sofrimento, este não aparecia de fato, mas apenas enquanto indiferença anestesiada. Essa cena nos traz a interrogação do que possibilita o sentimento de pertinência e nos remete à questão analítica do que nos concerne enquanto sujeitos. Ou seja, qual responsabilidade o sujeito tem naquilo que o faz sofrer? Essa é uma pergunta primordial, que diz respeito às marcas que constituem a causa de cada um, ao inominável que inconscientemente vai determinar cada caminho. Trata-se de uma questão existencial acerca do que o sujeito leva a cabo em sua vida, considerando a afirmativa de Lacan que “por nossa posição de sujeito sempre somos responsáveis” (LACAN, 1998 [1966], p. 18). No campo da neurose, essa reflexão lança a questão do território ao desejo enquanto causa. Essa concepção de “território desejante” abre a perspectiva que geralmente é desenvolvida numa análise. Na clínica da psicose, buscaremos outras formas de enlaçamento que possam igualmente possibilitar a construção dos territórios subjetivos.

A questão da medicalização, que faz parte do questionamento levantado pela própria personagem (encenada por ela mesma) é um ponto de reflexão importante, tanto no que diz respeito à abordagem da subjetividade quanto à difusão e importância que alcançaram na memória social de nossa época.

4.1.3 A linguagem na psicose

No que diz respeito à especificidade da apropriação da memória na psicose como constituição de um território subjetivo, faz-se necessário entender a forma que lida com os

discursos.

A inserção do sujeito psicótico no registro simbólico, organizador do discurso, não se dá pela via do Nome do Pai, que funcionaria como uma estrada principal que orientaria a trajetória do sujeito no campo da linguagem, conferindo ao sujeito um lugar de referência. Ou seja, faltou a articulação metafórica entre o significante primordial paterno, que permite sua associação aos demais significantes que lhe conferem sentido em relação ao Outro. Na ausência do sentido constitutivo, o delírio, por exemplo, tem a função de construir sentidos possíveis de serem habitados pelos sujeitos, assim como são possíveis outras estratégias extraídas do uso da linguagem.

Na prática, evidentemente os psicóticos são capazes de agir como todo mundo – pedir um cigarro ou dar bom dia, por exemplo, ou seja, falam a nossa língua. Também é verdade que nos casos extremos, podemos presenciar discursos extremamente fragmentados, sem um fio de sentido que os una, o que a princípio dificulta a compreensão de seu conteúdo. Nesses casos, a escuta pode ser o primeiro passo em direção à extração de uma lógica que se apresentava de maneira muito própria e que por isso não foi captada ou até mesmo possa produzir um efeito encadeador desses fragmentos a partir de sua oferta.

Se não supusermos que há uma diferença de posição, mas apenas tomarmos como referência a dinâmica psíquica da neurose, poderíamos afirmar que o psicótico está de fato excluído da função simbólica da linguagem e que, por consequência, estaria desprovido das condições de comparecer como sujeito. Aqui, o sujeito seria o que na cadeia associativa é articulado entre um significante a outro.

Marcus André Vieira trata da seguinte maneira a relação da psicose com a linguagem:

não há ninguém que não esteja na linguagem porque a linguagem é que nos faz todos e chamemos isso de Outro. Não há ninguém que não esteja no Outro porque é o Outro que nos faz e se eu não estiver no Outro, eu não estou em lugar nenhum, eu não sou nada. Se você não partir dessa ideia, vai lidar com o psicótico como se ele fosse um macaquinho ou um degradingolado neurológico que se perdeu da morada do Outro (...), ou ainda não chegou nela, no outro. Não preciso detalhar o quanto isso pode ser violento. (...) A loucura é então um modo distinto de estar na linguagem, entendendo a linguagem como a base de tudo, algo que nos banha (VIEIRA, 2009, p. 63).

Sob essa perspectiva, considerar o que o sujeito diz é o pré-requisito para validá-lo enquanto sujeito. A escuta é um método que pode funcionar como um verdadeiro antídoto a partir do qual a violência tende a comparecer, toda vez que o corpo é objetificado; com a objetificação o corpo perde a dignidade de ser habitado subjetivamente.

Se a escuta é possibilidade de habitar o corpo com linguagem, deslocar-se no território é favorecer a possibilidade de habitar e ser habitado por ele. Na clínica lacaniana nas instituições, via a proposta de inserção no território, contamos com o manejo do artifício de passagem de um lugar ao outro com a faculdade de passar de um significante a outro.

Essa perspectiva é importante porque permite o atrelamento do sujeito ao significante via seu percurso no espaço. Ou seja, poder se deslocar de um lugar a outro é ação que favorece o deslocamento de um significante a outro e, quiçá, o estabelecimento de alguma articulação entre eles.

Assim, no que diz respeito ao espaço (independente da questão da articulação simbólica), sua habitação pode oferecer um itinerário que serve como mapa para a localização do sujeito. Não é incomum na clínica da psicose, a ocorrência de comportamentos errantes, ou seja, o deslocamento sem fim dos sujeitos, sem o êxito em delinear uma trajetória.

O Rio de Janeiro, talvez por sua prevalência na mídia e no imaginário brasileiro, costuma ser um destino para alguns desses sujeitos errantes: já recebemos morador do sertão que queria ver o mar de Copacabana, crente fervoroso que necessitava ver de perto o Cristo, amantes do futebol que tinham como objetivo estar no Maracanã. Assim, os psicóticos não são alienígenas (nem tampouco macacos), mas estão, de alguma maneira, sob as insígnias do cristianismo, as graças da praia e do futebol, etc., o que depõe a favor de participarem de alguma forma desse território que denominamos memória social. Adiante veremos que existem várias formas de apropriação dessa memória na constituição do território subjetivo.

O estabelecimento de uma meta costuma direcionar o deslocamento, seja em direção ao ouvido de quem escuta, seja o itinerário até a casa de algum parente, por exemplo, nem que essa meta seja a perspectiva de saída do hospital, num projeto de desinstitucionalização. Nesse contexto, a alta como horizonte já altera por si só o mapa das possibilidades. Dessa maneira, a memória não seria apenas uma releitura do passado atualizada no presente, mas também estaria vinculada ao porvir.

No entanto, a fixação de objetivos a se alcançar, uma vez atingidos, lança-nos a outros mais. Não seria justamente esta a característica do desejo para os neuróticos, sem o qual o sujeito perderia o sentido? O norteamento subjetivo na neurose se dá a partir da busca por algo que se perdeu, deixando uma marca a ser percorrida como reencontro, sempre parcial, e que nos lança a uma nova e incessante busca.

Já nas psicoses, as motivações, muitas vezes fora do senso comum, cumprem essa função de movimentar o sujeito em prol de alguma coisa, uma causa. Sob essa perspectiva, qualquer motivação pode ser um artifício válido. A clínica da saúde mental no território

pretende tanto acolher quanto fomentar essas motivações, estratégia contra a aridez e imobilidade asilares.

Em contraposição a essa perspectiva da vida em movimento e da criatividade, o manicômio, que não deixa rastro, nem nome, nem tumba, nem memória. Frente a isso, ressaltamos a importância do relato de profissionais e autores que recolhem e registram a memória da loucura, sem a qual os moradores dos manicômios poderiam ser apenas desaparecidos no caminho, sem testemunhas nem trajeto.

4.1.4 A realidade construída pela memória

A prática junto aos psicóticos sempre nos ensina a inverter as lógicas preestabelecidas: comumente pensa-se que simplesmente acessamos as memórias, quando na verdade elas só podem ser acessadas se estiverem em nós, interiorizadas como registros de fato. No entanto, a psicose vai além e evidencia que, inclusive, as memórias só existem porque nós as criamos como realidade psíquica.

Nos casos de psicose, a realidade psíquica estruturada de forma singular em cada um desses sujeitos pode ser visualizada de maneira mais radical e explícita, ao ser contrastada com o conceito de realidade construído e compactuado socialmente.

Aqui nos referimos à sociedade tanto enquanto referida ao compartilhamento de um imaginário social quanto à lógica que rege seu funcionamento ou às normas que ditam seu curso. Interessa-nos abordar como essa lógica se relaciona com a estruturação do psiquismo enquanto efeito de linguagem e com o funcionamento da memória.

Uma outra forma de nos referirmos à realidade psíquica compartilhada seria por meio da memória social. A memória é transmitida aos sujeitos de uma época através das marcas e discursos que a configuram enquanto território, compartilhado pelos sujeitos que as habitam. A apropriação do território permite a localização subjetiva de cada um desses sujeitos, e daí advém o que chamamos território subjetivo.

Essa correlação entre memória e realidade psíquica, já antes mencionada, foi estabelecida por Freud nos primórdios da conceituação da psicanálise. Nesse sentido, neurose e psicose se aproximam, tornam-se vizinhas, pois ambas são expressões de defesa frente à realidade que, por ser traumática (já que indica que as coisas são como são e não como gostaríamos), está sempre em algum nível perdida para nós, precisando, em alguma medida, ser sempre construída por meio da memória.

Melhor dizendo, para Freud a memória é originária do próprio psiquismo. Uma

primeira experiência de satisfação se constituiu como o primeiro traço de memória, que, por sua vez, condiciona as associações subsequentes, ou seja, um determinado ordenamento psíquico. Assim, a memória está situada na origem da representação. Por causa dessa marca inicial ou inaugural (que tratamos como mítica, uma vez que não temos acesso a ela⁴⁰), pode-se dizer que todo ponto de partida dá indícios de sua finalidade. Ou que nossas origens sempre se impõem de alguma maneira em nossos destinos. E é por isso que ligamos a questão do ser quem se é, com a questão da origem, das raízes. Assim, não poderíamos ser indiferentes ao território onde estão cravadas essas raízes.

Encontramos no livro *Los ausentes de la memoria*, de Catherine Kolko (2001), mais uma vez a formulação de que essa operação psíquica ocorreu de um modo particular na psicose, ou seja, não houve o ordenamento das representações a partir de uma marca inaugural, o que traz problemas quanto a esse ordenamento. No entanto, a autora já acrescenta a perspectiva que estamos desenvolvendo neste trabalho de abordar os efeitos disso na memória. Segundo a autora, “é como se (o psicótico) estivesse invadido por um esquecimento que não cessa de estar presente nele” (KOLKO, 2001, p. 76). Desordenadas, as palavras incidem sobre o psicótico como um excesso e é por isso que necessitam organizá-las com sentido excessivo, como observamos na paranoia ou nas certezas delirantes que encontramos na loucura e que a autora denomina “delírio de saber” (p. 76).

A autora acrescenta que, nesses casos, “o analista não poderá mais do que constituir-se em testemunha, o relator do que lhe vem do outro” (p. 76). Este termo “relator” nos pareceu extremamente interessante ao nos remeter ao registro e à fixação do recorte que fazemos daquilo que vem do Outro, à dimensão da letra, que trataremos adiante. Ao relator, cabe ater-se, o máximo possível, à literalidade do que foi dito.

Os dispositivos de tratamento que oferecemos a esses sujeitos visam a endereçar, dar destino à *overdose* de palavras. Ao testemunharmos essas produções, oferecemo-nos como próteses para a construção e reconstrução de suas memórias. Essa é uma forma de tratamento possível das psicoses.

No sintoma neurótico, quando um afeto é insuportável, a ideia ligada a ele, ou seja,

⁴⁰ Embora não tenhamos acesso a essa marca da qual será herdeira a organização do psiquismo, podemos dizer que isso é que estará em jogo numa análise, já que determina o modo de funcionamento do sujeito enquanto causado pelo “objeto a”, seus modos fixados de gozo. Na neurose há a suposição de que o analista sabe algo sobre isto que permanece inconsciente ou até mesmo fora da fala propriamente dita, mas com efeitos notórios. Assim, a autora trazida a seguir localiza o “desejo de saber” neurótico do analisante, diferenciando-o do “delírio de saber” na psicose. Essas posições dizem respeito às diferentes modalidades de laço que se estabelecem entre sujeito e analista na neurose e na psicose.

sua representação, é impedida de se manifestar diretamente, alojando-se pelo recalque no inconsciente. Isso ocorre quando esse conteúdo não é socialmente ou egoicamente aceito, ou simplesmente porque não há repertório para aquilo e, portanto, não pode ser elaborado.

Esse afeto cuja ideia é recalçada, então se expressa de outras formas – o sintoma nada mais é do que sua metáfora ou sua metonímia, ou seja, relaciona-se intimamente ao seu conteúdo através de uma linguagem própria, expressa pelos sintomas.

Por isso podemos dizer que o sintoma é uma tentativa de dizer de outra maneira o que não pode ser dito, ou de minimamente colocar em jogo as marcas que estavam até então desarticuladas do campo da linguagem. Nesse sentido, embora recalçado, não estaria totalmente isolado, pois veiculado pela metáfora, “signo de uma letra desviada que será necessário ligar ao texto ao qual pertence” (KOLKO, 2001, p. 75).

A autora diz que, em ambos os casos, na neurose ou na psicose, devemos construir uma história ali, onde as palavras faltaram ou excederam, ali onde a ausência ocupou o lugar da lembrança. Construimos junto ao sujeito um texto que o torne legível e constitua a sua memória.

Embora, nos casos de psicose, o texto não esteja necessariamente referido à sintaxe comum, o exercício de nominação realizado possibilita a construção de algo em comum, que ocorre em torno da presença constante de quem escuta. Poderíamos afirmar que a escuta como testemunho junto ao psicótico calca um território, lugar de circunscrição frente aos excessos da palavra.

Aqui me permito uma digressão ao tema, já que as histórias infantis fazem parte do meu repertório atual. Sempre que penso nos neologismos, ou seja, as palavras não existentes no dicionário, mas que são criadas pelos psicóticos e estão plenas de sentido para eles, lembro-me do personagem Menino Maluquinho, de Ziraldo. Ele, assim como muitas crianças, tem o hábito de nomear objetos já existentes com novos nomes, mais originais, “porque sim”. Na história “O menino mais bonito do mundo”, “as vozes de todas as coisas que ele descobria lhe diziam ‘que bonito!’. Não eram ouvidas de verdade, pois coisas não falam. Vai ver era a própria voz do menino que a tudo que via, dizia: ‘que bonito!’” (ZIRALDO, 2010, p. 9).

A partir disso, poderíamos dizer que as coisas falam, inevitavelmente, porque a gente fala. Os psicóticos sabem disso. Dito de outra forma: "Como é que todos nós não percebemos que as palavras das quais dependemos nos são, de alguma maneira, impostas?" (LACAN, 2006, p. 23).

Podemos considerar que quando a dimensão da palavra deixa de funcionar bem, surgem outras formas de expressão, muitas vezes encenadas na agitação dos corpos, em

comportamentos que alardeiam um sofrimento, em situações ligadas à violência da irrupção de seus conteúdos ou mesmo colocando tais corpos em risco. Na nossa clínica, que visa abordar o sofrimento agudo tanto nas crises neuróticas quanto nas psicóticas, o acontecimento que as denuncia ocorre no corpo, que podemos considerar como nosso primeiro território.

4.1.5 O corpo como território feito de palavras

Acreditamos que não foi por acaso que a contenção do comportamento social desviante venha sendo legitimado como incumbência das ciências médicas num contexto de cuidado com os corpos. Segundo Foucault, em *História da Sexualidade I* (1977), os procedimentos disciplinares visam a docilizar o corpo, domesticá-lo ao submetê-los a normas e discursos. Podemos dizer que as instituições e os seus discursos são estratégias de conter o inominável, o que escapa à significação, enigmático como a própria dimensão do inconsciente e do desejo (daí o controle da sexualidade, que precisa ser igualmente dócil, de acordo com Foucault, ao referir-se aos “corpos dóceis”, na obra citada).

O corpo é território quando vivenciado como delimitação de si mesmo, por isso, quando há perda do controle emocional e racional, popularmente dizemos estar “fora de si”. Uma outra maneira de dizer, considerando a sabedoria popular, é que quando se “perde o juízo”, se está “fora da casinha”.

Na psicose, são muito comuns os fenômenos que manifestam alterações e invasões no próprio corpo, que deixa de ser vivenciado como próprio. Há um sofrimento lacerante, quando sentem seus corpos sendo abusados, vigiados, cujos órgãos podem ser roubados ou estarem apodrecidos e ausentes, pois naquele momento de crise, já não existe a percepção do corpo enquanto uma imagem unificada. O acesso que temos ao corpo é mediado pelo modo como o representamos psiquicamente. Ou seja, os corpos se desagregam assim como as ideias, uma vez que também são feitos de palavras.

Cito um episódio no qual um rapaz psicótico, reinternado copiosamente pelo intenso sofrimento causado por estar infectado pela urina do rato. Além da “leptospirose”, também portava o vírus HIV. Era sua maneira de portar um corpo. “Já estou morto, não vê?”. “Ainda bem que você me falou, porque eu não tinha percebido”, respondi, insistindo na dimensão do dizer. Embora ele tentasse se nomear e estruturasse todo o seu apelo por meio do vocabulário médico (que hoje parece fazer parte do vocabulário comum), essas palavras não lhe davam uma base sólida para existir. Houve um momento, por exemplo, que insisti para que ele saísse do leito. Quando estávamos no pátio, sua ausência se corporificou, não mais delimitada num

vírus (que se expande, mas que afinal se pode combater), mas tomou todo o seu corpo. Felizmente, mediando pela palavra, pode me dizer “não posso andar, vou cair”. Respondi que se ele caísse, eu o seguraria e disse para que ele se apoiasse em mim. Assim, o meu corpo foi como uma prótese para o corpo dele naquele momento e seguimos. Da mesma maneira, penso que a internação pode servir como prótese (no sentido de apoiar provisoriamente), desde que tomemos o corpo social em conta.

Em outro momento agudo de crise, embora não se tratasse de uma psicose (ao menos no vocabulário da psicanálise), uma senhora que acompanhava o marido nos cuidados após um súbito acidente, caiu subjetivamente. Como no caso relatado anteriormente, tratava-se de um fosso muito profundo, ao qual não podia sobreviver, apesar das singularidades de cada caso. Ela não suportou o acontecido com o marido, mas sobretudo a forma com que ele começou a tratá-la, com ofensas, agressividade, expulsando-a da parceria, que durava cerca de 40 anos. Ela passou a ficar calada, parou de comer, não saía da cama, já não respondia a nenhum tipo de abordagem. A equipe médica chegou a pensar num ECT (eletroconvulsoterapia, termo explicitado a seguir), pois a recusa por alimentos e água poderia levá-la à morte. Em nossa intervenção, inicialmente ela não respondia, de fato. Imediatamente começamos com as doses homeopáticas de palavras, conversando com um familiar, recapitulando sua história, até os episódios recentes. Havia sempre alguém da família com ela, continuamente⁴¹. As palavras que circulavam entre nós não visavam uma “anamnese”, ou seja, não eram perguntas feitas com o objetivo de colher dados para diagnóstico e tratamento. Era uma estratégia para reintroduzir aquela senhora numa história que afinal lhe pertencia. A intervenção consistiu em lhe dizer isso indiretamente, da única maneira que lhe era possível digerir naquele momento. Posteriormente, lhe endeecei diretamente a palavra, incluindo-a: sabia que era tanta dor, que ficava impossível colocá-la em palavras, ao que ela assentiu com a cabeça. Disse também que não se preocupasse com o esposo, que também estava sendo cuidado e que eu voltaria, caso quisesse me dizer algo. Por outro lado, a familiar também trouxe em seu relato vários aspectos da vida em comum e do drama que se anunciava.

Poderíamos entender que a familiar serviu de prótese nesse momento, emprestando o seu repertório onde este falhou vertiginosamente. Certamente, não era um acompanhante qualquer, mas alguém com forte vínculo afetivo e que ocupava um importante lugar em sua

⁴¹ Um acompanhante por tempo integral não era algo protocolar no hospital, mas a partir da situação específica do caso foi possível relativizar as normas institucionais. Outra coisa não muito usual num hospital psiquiátrico, ela estava com uma sonda, recebendo hidratação e nutrientes, pois recusava a alimentar-se e havia chegado emagrecida e debilitada, efetivamente correndo risco de morte.

memória. Via a reapropriação desta memória, ela voltou a se comunicar lentamente. Logo depois começou a aceitar a alimentação e em pouco tempo obteve alta e continuou sendo acompanhada em casa. Nesse sentido, o próprio termo “familiar” me remete ao território subjetivo na concepção que nos interessa, de pertencimento simbólico a algo em comum.

Foi tudo muito rápido e não sabemos quais conteúdos especificamente serviram de mote para que ela reagisse, mas ficou evidente o fator terapêutico da linguagem posta em jogo. Aliás, assim costuma ser nos casos de crise aguda e que atendemos rotineiramente nas Emergências Psiquiátricas, onde as palavras muitas vezes trazem efeitos imediatos, verdadeiras injeções ou choques de palavras.

A intervenção que havia sido cogitada para a paciente, a eletroconvulsoterapia, consiste em induzir convulsões por meio de descargas elétricas. Utilizada desde 1930, carrega o histórico das condutas punitivas dos antigos manicômios. A psiquiatria atual continua prescrevendo essa intervenção em alguns casos precisos, juntamente com a administração de anestesia.

No entanto, um dos efeitos colaterais do procedimento é uma possível lesão cognitiva no paciente submetido, além de alterações na memória, o que faz com que a prática seja interrogada do ponto de vista humanitário, mas também epistemológico: se toda vez que a clínica se deparar com as limitações do saber médico for justificativa para utilização de métodos extremos, haverá uma grande incidência desses usos. Nesse sentido, uma saída possível talvez fosse reconhecer as limitações das teorias e técnicas sobre o controle absoluto da vida, ou seja, supor um ponto de Real (inapreensível) e de não saber, dosando assim os próprios limites das disciplinas ou discursos.

Atualmente, verifica-se também a volta de antigos procedimentos agressivos e invasivos ao corpo do paciente, como a lobotomia, que visa a extrair cirurgicamente um pedaço do cérebro, com a finalidade, por exemplo, de que um comportamento agressivo possa ser contido por meio da lesão cerebral. Nise da Silveira foi uma das primeiras profissionais a recusar o uso desses procedimentos; segundo ela, um dos objetivos da cirurgia era “separar o pensamento de suas ressonâncias emocionais” (OLIVEIRA, 2018). Nise demonstrou o empobrecimento das obras de arte produzidas pelos pacientes, comparadas entre o antes e o depois das intervenções.

Contrariamente a isso, longe de separar pensamentos de ressonâncias emocionais, percebemos bem os efeitos apaziguadores da palavra sobre o corpo, quando ofertamos, por intermédio da escuta, a construção de acesso a um corpo próprio. Muitas vezes presenciei sujeitos solicitando sedação para seus sofrimentos psíquicos extremos e angústias de forma

geral – tais medicamentos são conhecidos vulgarmente como “sossega leão”. No entanto, não se trata de domar uma fera selvagem, em vez disso, haveria que humanizá-la. Na quase totalidade das vezes, a palavra alcançou êxito, desempenhando uma função calmante.

A humanização, nesse caso, ultrapassa o senso comum (de que ter humanidade é ter bondade), do ponto de vista moral ou religioso, para aludir à habitação do terreno comum da linguagem no qual se inserem os sujeitos, ou seja, no mesmo ato em que supomos a presença de uma dimensão simbólica, permitimos que ele advenha.

A escuta parte do pressuposto de que apenas cada um pode formular uma versão mais próxima da verdade a respeito do insondável, indomável ou estranho do que lhe passa, modos de nos referirmos aos sintomas psíquicos como aquilo que escapa ao sentido e funcionamentos ordinários.

Portanto, nada mais humano que o acesso ao simbólico, via linguagem. Assim, podemos considerar que toda e qualquer produção humana está inserida na lógica da linguagem, inclusive para considerar aquilo que insiste em não se inscrever, que nos remete ao que a psicanálise conceituou como gozo: aquilo que da pulsão resiste ao encontro com a linguagem, sempre parcial, e que por isso impele ao movimento de repetição sem fim em direção a uma primeira experiência de satisfação e a um objeto para sempre perdido (“objeto a”).

Podemos supor que há questões que relacionam esse mecanismo de repetição ao uso dos medicamentos em nossa cultura, não só por sua ampla propagação como resolução de todos os males, como questões que desembocam no abuso de substâncias químicas. A respeito, há uma grande diferença entre o discurso do analista e o discurso médico sobre esse aspecto, pois este visa à realidade do objeto, encarnada na substituição incessante de substâncias como único deslizamento metonímico possível.

Como vemos na teoria dos discursos elaborada por Lacan, a fórmula do discurso do mestre (que a medicina encarna), indica-nos essa operação, pois o “objeto a” encontra-se no lugar do produto. Já o discurso do analista faz uso de seu deslizamento na cadeia de linguagem, para gerar as produções de linguagem que localizam o sujeito no Outro, entre metáforas e metonímias, sendo o Nome-do-Pai a metáfora mais elementar do enlaçamento ao discurso.

Segundo Eric Laurent, o medicamento envolve uma dimensão real, o que não abordaremos enquanto efeito químico, farmacocinético, mas no sentido do retorno no Real, enquanto “efeito de nomeação no Real” (LAURENT, 2002, p. 32).

O autor dá o exemplo de um paciente psicótico que, quando se via perseguido pelo

pai, tomava o Haloperidol – *allô, père, idole* (Alô, pai ídolo), dizia com ironia. Haveria aí uma língua fundamental, “bricolada” pelo sujeito a partir da série descontínua de produtos oferecidos pela ciência, o que lhe permite “orientar-se em suas relações com o Outro e com seu gozo, nisso que seu corpo encarna ou recusa” (p. 32). Dessa maneira, o significante está fora do sentido. Vale acrescentar que o contrário também poderia acontecer, ou seja, o medicamento poderia servir para desorientar, desmodular o gozo, a exemplo de pessoas que se deparam com drogas e caem em absoluta desordem no circuito libidinal.

Fora do sentido, também seria o efeito real do medicamento quando nos proporciona gozar de regiões do corpo antes intocadas por aquelas substâncias, ou seja, dessa maneira, o medicamento seria empregado como um instrumento de manipulação da máquina que é o corpo, com os efeitos de desumanização, objetificação e perda da dignidade desses corpos, como mencionados anteriormente.

No entanto, pela via da reintrodução dessa problemática no mecanismo do estabelecimento de sentidos pela linguagem, podemos visualizar que pelo simples fato de o medicamento ser objeto de demanda, em obtê-lo ou de ser dele privado, por exemplo, já se articulam ao simbólico, diferentemente do caso de psicose citado acima. Além disso, a articulação simbólica aparece vinculada aos significantes que os nomeiam: já presenciei a solicitação de “Revoltril”, pois a paciente dizia ser muito revoltada. O referido “calmante”, na realidade seria o ansiolítico cujo “nome fantasia” (como se diz na indústria farmacológica) ou nome comercial é Rivotril.

A partir da abordagem da psicanálise, dispomos de outros instrumentos que lidam com o que chamamos gozo: “a transferência faz produzir as endorfinas porque dá prazer ao sujeito. Este se droga em sessão” (LAURENT, 2002, p. 26). Além dessa irônica analogia entre os objetos de afeto e o que se passa no Real do corpo, Laurent também faz alusão a um comentário de Lacan, que fazia equivalência entre o Édipo e uma dose de anestésico, pois o Édipo permite a “significantização”, a neutralização do gozo; nesse sentido, ele seria sublimação ou anestesia⁴² (p. 29).

4.1.6 A variedade dos discursos

⁴² A referida alusão seria à “*Conférence sur la psychanalyse et la formation du psychiatre*”, de 1967. Disponível: <http://www.alisalon.com/J.Lacan%20Conf.%20sur%20la%20Psychanalyse%20et%20formation%20psychiatre%201967.pdf>

Podemos dizer que passamos da “contenção” à “continência”. Isso ocorreu desde a incrementação dos recursos medicamentosos (contenções químicas), mas também devido às discussões éticas e humanitárias que dizem respeito aos direitos e bem-estar das pessoas, que surgiram com a Reforma Psiquiátrica no Brasil e no mundo.

Atualmente, já nos é possível questionar a necessidade dos muros e amarras físicas. Ousamos afirmar também que, a partir da intervenção e da invenção da psicanálise na saúde mental, podemos conceber outros usos para as amarras, que, em sua concepção simbólica, permitem enodar a estruturação dos sujeitos ao laço social.

Interessante notar que em nosso idioma a palavra “continência” pode ter vários significados, todos ligados ao comedimento, à temperança, à moderação das palavras, dos gestos, do comportamento sexual (abstinência). Mesmo na continência militar, onde gesto é um sinal de respeito à presença da autoridade hierarquicamente superior, podemos encontrar analogias com o paradigma psiquiátrico, em que continua em jogo a obediência às regras sociais.

Por outro lado, com o suporte proporcionado pelos dispositivos da fala e da transferência, diria que a clínica da saúde mental foi capaz de ampliar as margens desse continente. A proposta da desospitalização rema no sentido da cidade, visando sair de sua ilha para incidir em territórios mais amplos.

Para alguns críticos do paradigma psiquiátrico, a instituição “fez-se rede para pescar em mar aberto” (LOURAU apud ALTOÉ, 2005, p. 85), considerando a extensão do seu território de incidência para fora do hospital, como estratégia política para a ampliação dos domínios do saber psiquiátrico e de seu poder.

Essa abordagem, ao nosso ver, traz mais uma importante reflexão acerca do domínio médico-cientificista sobre várias dimensões de nossa vida cotidiana (por exemplo, a medicalização como sintoma de nossa época, já relatado anteriormente). Todavia, ao longo da trajetória da luta antimanicomial e no contexto atual da Reforma Psiquiátrica, priorizamos enfatizar os benefícios em propiciar o retorno do usuário ao corpo social.

No que diz respeito à inserção dos psicanalistas nesse processo político e da especificidade da sua contribuição (e sua conturbação), podemos dizer que a psicanálise propicia passarmos da continência à contingência.

O termo “contingência” é caro à psicanálise. Segundo Fábio S. Bispo (2014, p. 80), podemos ilustrá-lo pela significação que é utilizada pela Engenharia, na qual o termo designa os excessos inesperados, que escapam ao planejado, as coisas que sobram, ou seja, os restos. Para a psicanálise essa aproximação faz todo o sentido, na medida em que ela lida com o resto

(conceituado, como vimos, na teoria lacaniana como “objeto a”), assim como ao que foge ao protocolo, aquilo que pode ocorrer de diversas maneiras diferentes, sem tentar encaixar o sujeito em categorias necessárias e predefinidas. Assim, podemos afirmar que a ética da psicanálise acolhe a contingência.

No que diz respeito à especificidade da ética psicanalítica, viemos buscando ao longo de todo o texto configurar seu lugar epistemológico, técnico e político por meio do qual dialoga e se faz presente na sociedade. Consideramos pertinente ressaltar que delimitar a ética psicanalítica não consiste em utilizar uma cartilha de conduta de determinada moral. Afinal, não poderíamos fazê-lo, já que a psicanálise atribui o cerne da subjetividade aos mecanismos inconscientes, aos quais faltam definições absolutas:

A ética da psicanálise, tal qual formulada por Lacan, não propõe nenhuma utopia; no seu horizonte não há um ‘bem’ a atingir. Ela se funda em um ‘princípio de inadequação’, inadequação das palavras às coisas, das palavras a si mesmas, da satisfação buscada à obtida, da identidade ao sujeito, do eu ao outro. Essa inadequação atravessa tanto o âmbito do privado quanto do público (RINALDI, 196, p. 142).

A partir da lógica da contingência, o analista pode sustentar nos espaços coletivos uma ética que considere a singularidade do desejo, subvertendo pontualmente a lógica de dominação inerente ao laço social e às memórias sociais oficiais. Por outro lado, a ação como manifestação desejante não poderia ser concebida fora da sociedade.

Portanto, não se trata de propor um protocolo fixo de aplicação, mas de desvendar o que implica, para o laço social e para toda a dimensão ético-política da ação humana, o funcionamento do discurso do analista, que promove um efeito de movimentação nos discursos. Um efeito de movimentação e de desestabilização dos discursos de domínio implica, pois, a própria possibilidade do discurso do analista, na medida em que ele pode surgir nesses lapsos e reviravoltas de um discurso a outro. Essa perspectiva nos interessa na medida em que propicia a interrogação das memórias oficiais consolidadas politicamente e provoca a emergência de outras que assim também poderão se fazer presentes.

Exemplificando, se considerarmos a questão do discurso dominante médico-científico que incide sobre os corpos (GOFFMAN, 1996; FOUCAULT, 1988; CLAVREUL, 1978), podemos afirmar que o corpo biológico do cidadão ocupa posição central nos cálculos e estratégias do poder estatal. No entanto, é possível dizer que o discurso analítico intervém no laço social ao abrir espaço para a emergência do sujeito para além de seu corpo biológico, ou seja, considerando não as filigranas que se pretende encontrar nos exames e laboratório, mas as contingências e sutilezas incalculáveis que concernem ao sujeito.

O psicanalista e psiquiatra francês Jean Clavreul dedicou um livro ao tema, chamado *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*, no qual afirma:

A diferenciação entre discurso médico e discurso psicanalítico (...) percorre as trilhas da ideologia, desvendando a função alienadora que a medicina perpetua. Sob a máscara do diálogo médico-doente, estabelece-se, na realidade, um monólogo, onde se evidencia a função silenciadora do discurso médico e sua identificação com o discurso dominante. Na impossibilidade de conciliar psique e soma no campo do discurso médico, a psicanálise coloca alguns fragmentos a serviço da ordem médica, empenhando-se em dobrá-la e subvertê-la (CLAVREUL, 1978, p. 14).

O que se pode fazer no interior de um discurso dominante é adaptar-se a ele, ou subvertê-lo a partir das suas brechas, das sutilezas, dos dejetos que todo discurso de domínio produz.

Nesse contexto, recoloca-se o estatuto da loucura na nossa sociedade, que localiza o louco como dejetos a ser extirpado do corpo social pelo asilamento. Qual a ressignificação possível de nossa memória acerca dessas formas de exclusão? Ou seja, qual a transformação social que podemos conceber reintroduzindo aquilo que é segregado ao cerne de um novo funcionamento social? São perguntas que não pretendem ser liquidadas neste texto, no entanto se encontram nas entrelinhas de todo o esforço de elaboração aqui presente e no horizonte das práticas substitutivas ao manicômio.

Antônio Teixeira (2011a; 2011b) levanta a hipótese de que a psicanálise fora largamente evocada a partir da Reforma Psiquiátrica a atuar na substituição progressiva do atendimento hospitalar pelos serviços abertos de saúde mental por implicar a passagem de uma metodologia pretensamente controlada e medida por protocolos para uma prática cuja orientação se conceberia no momento oportuno da experiência. Essa abertura para dimensão viva da contingência ganha um valor para o sujeito que nunca poderia ter sido previsto. Poderíamos dizer, assim, que passamos genuinamente da continência à contingência.

O autor acrescenta que ocupar lugares ativos na sociedade provocando seus câmbios, muitas vezes delega aos psicanalistas lugares incômodos, sob o risco de apagar a dimensão ética mais radical da psicanálise. Sua presença na rede assistencial da saúde mental, inclusive atuando e pensando estrategicamente as políticas públicas, acarreta dilemas constantes com a burocracia.

Eric Laurent sinalizava que “os analistas são, no nosso mundo, dos poucos que escutam, que seguem escutando os loucos, quando se torna muito mais rápido preencher as fichas convencionais do serviço psiquiátrico onde se encontre o paciente” (LAURENT, 1999, p. 9).

A tecnocracia, ao utilizar-se do sistema protocolar para gerir o fluxo de decisões relativas à assistência, tende a prescindir da dimensão do sujeito, tanto do usuário quanto do profissional. Há uma função política em manter-se desejante quanto às possibilidades inéditas dos sujeitos, provenientes de encontros não previstos. Se por um lado a abertura das instituições favorecem essa ampliação de possibilidades, por outro, não garantem sua desburocratização. Manter-se politicamente ativo é sustentar uma prática além e apesar da burocracia que mortifica a dimensão do desejo.

A reprodução automática de práticas e discursos atestam uma cronicidade que pode atingir a todos, inclusive os profissionais e o próprio sistema institucional. Dessa perspectiva, não são apenas os usuários que podem apresentar comportamentos empobrecidos, esvaziados de sentido e de afetos compatíveis com as dinâmicas sociais, como também as formas de se relacionar com eles, tanto ao nível dos serviços quanto no âmbito da comunidade, podem estar cronificados.

Essa perspectiva nos parece interessante ao deslocar a subjetividade do usuário como principal fonte de cronicidade, como se a doença fosse refratária ao tratamento, quando na verdade está totalmente inserida em seu contexto cronificador, ao qual responde.

Observamos que, mesmo após a interrupção das interações como única resposta aos transtornos mentais, ainda há o risco de institucionalização, que seria a cronificação em torno do funcionamento institucional. Ou seja, usuários podem persistir em uma situação de restrição de interesses e de vínculos sociais, justo por tornarem-se demasiadamente vinculados aos serviços de atenção psicossocial.

Assim, se por um lado o recorte institucional possibilita uma certa circunscrição do mal-estar psíquico por intermédio da codificação restrita ao discurso médico (todavia prevalente nos serviços de saúde mental), pode também favorecer a institucionalização nesse discurso. Mais uma vez, a variedade dos discursos disciplinares ou o acolhimento dos discursos dos sujeitos como capazes de instituir suas subjetividades seriam antídotos à cronificação. Entendermos a vinculação à instituição como a adesão ao seu discurso é fundamental em nossa perspectiva.

A cronificação, que é também cronificação da memória, enquanto uma fixação asfixiante, é sempre uma questão e uma preocupação também na gestão das políticas de saúde, pois envolve o fluxo de altas dos serviços extra-hospitalares e nos traz reflexões sobre as implicações clínicas que lhe são correlatas, considerando o posicionamento dos sujeitos nos discursos que lhe são ofertados.

Considerando a organização da rede de serviços durante o Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE), encontramos em Barcelona a divisão da assistência entre dispositivos de saúde e dispositivos comunitários, inclusive sendo geridos por secretarias distintas. A entrada do usuário no circuito ocorre via Atenção Primária (Postos de Saúde generalistas e regionalizados), sendo ele direcionado para serviços especializados (ambulatórios, hospitais-dia para tratamento intensivo da crise, atendimento de crise em domicílio e internação).

Esses procedimentos possuem prazos preestabelecidos, ou seja, limitados, em todos os níveis de complexidade. Após a estabilização ou limite de tempo, os usuários são encaminhados para os serviços comunitários (de convivência e lazer, trabalho e moradia, quando necessário). Se por um lado a fixação de um tempo ignora o tempo subjetivo de cada um, por outro também poderia servir de catalisador de seus efeitos.

Tal experiência nos trouxe a seguinte reflexão a respeito do paradigma médico científico: a limitação da prática em espaço e tempo deixa estanque o paradigma médico científico ou, ao contrário, este funcionaria ainda mais autonomamente, ou seja, sem precisar dialogar com outras vertentes inter e transdisciplinares, que coexistem na saúde mental brasileira, por exemplo?

Gostaria de fazer um adendo à questão da variedade dos discursos e relatar um pouco mais a minha experiência em campo nos serviços de saúde mental de Barcelona.

No que diz respeito à diversidade de discursos acessíveis aos sujeitos nas instituições, creio que seja importante a presença do psicanalista; não só o analista, mas os estudantes, artistas, comunicadores etc., como preconizou a Psiquiatria Democrática Italiana.

Mas, gostaria de ressaltar aqui, a crucial diferença introduzida em meio à lógica hospitalar, quando por meio do discurso do analista, passamos a considerar efetivamente o que o sujeito nos diz, assim como abordar os seus sintomas como índices ou produções de sua subjetividade e não apenas algo a ser debelado.

Além disso, o comparecimento da psicanálise, tanto nas instituições de saúde mental quanto nas instituições universitárias, pode funcionar como resistência política que pode interrogar a prevalência de determinados discursos quando estes se colocarem em detrimento das manifestações dos sujeitos, ou seja, das construções autênticas e, portanto, inovadoras, no seio do funcionamento institucionalizado.

Gostaríamos de incluir também algumas observações, fruto da experiência do mapeamento da Rede de Saúde Mental da cidade de Barcelona, contrastando as diferentes implicações dos fatores administrativos na condução das políticas públicas e suas incidências

sobre a abordagem da saúde mental. Notamos também repercussões relativas à Universidade, no que diz respeito à formação dos futuros profissionais.

A formulação de que a maneira como as políticas públicas são conduzidas interfere diretamente sobre a assistência, já se fazia presente na clínica institucional praticada no Brasil, evidenciando que os fatores em jogo na abordagem das questões psíquicas não poderiam jamais ser isolados como procedimentos puramente clínicos. As consequências clínicas, frente aos avanços da saúde mental após a chamada Reforma Psiquiátrica, atravessam a nossa prática e alguns pontos evidentes dessa confluência são abordados justamente ao tratarmos as incidências subjetivas da concepção de cuidado no território.

No que diz respeito a alguns aspectos administrativos na gestão da saúde mental em Barcelona, observamos que as instituições espanholas, por não serem públicas (embora custeadas pelo Estado, ou seja, terceirizadas), possuem menos autonomia técnica. Os serviços contratados já correspondem de antemão a determinados parâmetros: por exemplo, os serviços pesquisados se declararam predominantemente cognitivistas comportamentais em suas condutas.

Pensamos que a seleção prévia a um determinado recorte teórico limita a coexistência da pluralidade das abordagens técnicas entre os serviços e inviabiliza o diálogo entre diferentes vertentes dentro de um mesmo serviço. Tal pluralidade encontra-se no cerne de nossa pesquisa transdisciplinar e é discutida teoricamente no corpo do texto desta tese, sobretudo no que diz respeito à especificidade da clientela abarcada pelos cuidados em saúde mental, em que a variedade é o atributo que possibilita e justifica o conceito de “rede” de apoio.

De acordo com nossa avaliação, a redução da pluralidade também torna o discurso técnico mais vulnerável às exigências do mercado (sobretudo em se tratando de empresas conveniadas e não órgãos públicos), pois o discurso mais aceito (mais vendável) tende a ser o mais oferecido em termos de serviços a serem contratados. Nesse sentido, os serviços públicos se mostram muito mais propensos à diversidade, já que o ingresso de seus profissionais se realiza por intermédio de concursos públicos.

No que diz respeito ao campo da saúde mental, tal tendenciosidade pode acarretar uma maior vulnerabilidade ao discurso medicamentoso, por exemplo, amplamente difundido pela indústria farmacêutica e que implica em consequências não apenas para as abordagens técnicas, como também influenciam na mentalidade do senso comum, deixando marcas na memória social.

No que diz respeito à formação dos profissionais, cuja diversidade marca a prática da saúde mental brasileira, também se impõe a reflexão a respeito das exigências do mercado, pois corre-se o risco de as instituições formadoras ofertarem prioritariamente as técnicas mais vendáveis, ou seja, mais aceitas pelas empresas terceirizadas e contratadas pelo Estado. Cabe, portanto, uma atenção à limitação da produção de conhecimento, que poderia tornar-se circunscrita a um utilitarismo, além de menos múltiplas.

Embora sustentemos teoricamente a questão de que toda vertente científica está sujeita a usos ideológicos (que, nesse sentido, não poderia ser neutra), entendemos que quanto menos variada a oferta de diretrizes técnicas, mais suscetibilidade a uma predominância ideológica. Cremos ser um risco para a educação, para a formação profissional e toda forma de transmissão de conhecimento, seu condicionamento e redução à lógica mercadológica.

Uma outra observação que foi possível extrair do período de estágio no exterior é a ausência dos psicanalistas, tanto na rede de atenção de saúde mental quanto nas Universidades. Enquanto referencial teórico e técnico eleito aqui para dialogar e contribuir com a memória social, entendemos que a psicanálise poderia levar um aporte às questões que envolvem tanto a assistência à população em seu sofrimento mental quanto a produção de conhecimento naquele país. Assim, entendemos que a ausência dos analistas espanhóis nesses âmbitos representa um *déficit* numa possível estratégia técnica e política de fazer-se presente, visando a dialogar com demais vertentes de cuidado e saber.

No entanto, a partir da inserção nos serviços comunitários via Universidade, foi possível propor a organização de um Programa de Estágios em Saúde Mental para os estudantes de Psicologia da Universidade de Barcelona. A ideia parte do princípio de oferecer uma modalidade de abordagem da saúde mental a partir da leitura psicanalítica, como alternativa aos modelos prevalentes na Universidade, voltados sobretudo ao discurso medicamentoso e cognitivista-comportamental. Embora tenhamos observado também a existência de discursos que visam à inclusão social dos usuários, estes provinham de organizações externas aos próprios serviços e ao discurso acadêmico. Tal segmentação dificultava a reflexão da articulação entre as dimensões do singular e do social, proposta psicanalítica⁴³.

⁴³ Em função deste projeto, o período de estágio no exterior foi prorrogado. O projeto foi escrito a partir dos suportes teóricos da psicanálise, embora desdobrados em uma linguagem comum, acessível aos demais profissionais envolvidos em sua execução. Foram consideradas as necessidades dos serviços visitados e a perspectiva de um grande investimento na área a partir do plano de incrementação da assistência previsto para o período entre 2016 e 2022, segundo informações do Governo (Disponível em: <http://ajuntament.barcelona.cat/premsa/wp-content/uploads/2016/07/160720-NdP-Pla-Salut-Mental-FINAL.pdf>).

Na medida em que recuamos da ocupação desses espaços, ou seja, sua habitação enquanto existência simbólica, também recuamos do ato de resistir a discursos que se pretendem dominantes e que assim se impõem na memória social do público-alvo dos cuidados, daqueles que estão em formação (estudantes e profissionais) e, enfim, da população em geral.

4.1.7 A prática entre vários

Encontramos uma construção teórica psicanalítica que endossa e expressa bem a rede de cuidados como modalidade coletiva de prática clínica: “*pratique à plusieurs*”. Originalmente, este é o nome dado por Jacques-Alain Miller ao trabalho clínico com crianças autistas e psicóticas, criado por Antonio Di Ciaccia e sustentado por diversos profissionais em um contexto institucional referendado à Psicanálise. Interessa-nos desdobrar como opera esse dispositivo, estendendo-o à clínica institucional com psicóticos adultos, quando a necessidade de atenção mais intensiva requer um contato constante com a equipe, o que se propõe nos Centros de Atenção Psicossocial, de acordo com as necessidades de cada usuário.

É uma proposta de trabalho que privilegia a equipe como eixo central, a fim de trazer contribuições para a ampliação dos dispositivos clínicos da rede de serviços para além da terapia individual ou grupal, propiciando a pluralização dos parceiros na clínica. O que os componentes do coletivo institucional fazem é contribuir para o mapeamento de um certo percurso pulsional, “recolhendo as produções do inconsciente nos acontecimentos de fala e de linguagem e reportá-las para a construção do caso em equipe.

O termo tem sido traduzido como “prática entre muitos” ou “prática entre vários”. A questão da tradução traz a discussão fundamental do que está em jogo nesse dispositivo, uma vez que certamente a quantidade de pessoas envolvidas o possibilita, porém a ênfase recai sobre a dimensão da diferença, ou seja, o que é particular a cada pessoa envolvida na rede de cuidados.

Encontramos em Elia *et al* (2005) a elucidação de que a diferença (absoluta) é em relação a si mesmo e, portanto, a “variedade” perpassa a cada um, que são “muitos” na instituição. O autor ainda traz uma bela metáfora entre esses muitos “contáveis”, que seriam então “contados”, ou seja, faz alusão à dimensão simbólica das palavras e seus enredos

O projeto foi apresentado e aguarda a liberação do orçamento, comprometido com entraves decorrentes da questão separatista da Catalunha.

enquanto construções necessárias a respeito de si, de cada um. Notemos que “enredo” pode aludir tanto à trama de uma obra de ficção quanto aos enodamentos do laço social.

Maria do Rosário Barros, referindo-se à clínica do autismo e da psicose infantil, fornece-nos uma definição interessante da “prática entre vários”, em que ressalta a possibilidade dessa “variedade” favorecer o sujeito:

o fundamental nesta é a transmissão feita entre participantes da equipe do que se passa na sua relação com a criança e que vai tendo efeito na intervenção dos outros. O trabalho de transmissão ao qual todos estão submetidos instaura o não-todo no funcionamento daqueles profissionais e permite que o caos aparente, no qual parece mergulhada uma criança, se transforma em uma *ordem inédita* (grifo nosso), produzida pelo sujeito e registrada por cada um que entra em contato com ela (BARROS, 2003, p. 81).

Assim, no caso das psicoses, o sujeito torna-se possível enquanto “ordem inédita” e singular, testemunhada e assegurada pelos outros ao seu redor. Ou seja, ao colocarmos o foco na transmissão entre os membros da equipe do que cada um pode recolher na sua relação com o sujeito em questão, descompletamos o saber dos profissionais como algo já estabelecido ou prévio e passamos o saber para o lado do sujeito. Apenas ele pode dizer a respeito de sua vivência, dar seu testemunho, cabendo aos profissionais atestarem e legitimarem sua autoria.

Desde o nascimento da psicanálise, quando Freud sai de seu lugar de saber para que as próprias históricas pudessem dizer algo a respeito do que lhes ocorria, o saber foi colocado do lado do sujeito, acessado por meio da escuta, que visa ao deciframento de uma lógica específica do discurso histórico motivado pela singularidade do sujeito do inconsciente de cada histórica analisada.

Na modalidade clínica relatada acima, assim como nos casos de psicose acolhidos no âmbito institucional, parece-me que a prática psicanalítica entre vários visa igualmente à singularidade, mas pela via da inserção simbólica propiciada pela circulação do discurso da própria equipe, ou seja, os modos de incidência do inconsciente no espaço institucional. Cabe ao analista, informado da existência e dos modos de funcionamento do inconsciente, colher os seus efeitos e suas produções, assim como manter a descontinuidade dos saberes que circulam pela instituição, reservando um lugar possível para as originalidades, que só poderiam advir da autoria dos sujeitos.

Segundo a afirmativa lacaniana acerca dos fundamentos éticos desse modo de relação do falante com a linguagem: “O testemunho, não é por acaso que isto se chama em latim *testis*, é que se testemunha sempre em cima dos próprios colhões. Em tudo o que é da ordem do testemunho, há sempre empenho do sujeito” (LACAN, 1998 [1957-1958], p. 51).

Nesse ponto, mais uma vez o campo da memória social e da psicanálise se encontram, ao conferirem importância ímpar ao testemunho. Frente à concepção histórica tradicional, que se pretende factual, somente o testemunho pode propiciar que a memória se destaque da história e, ao mesmo tempo, se configure enquanto território subjetivo. Para isso, é preciso que sua fala seja acolhida, recolhida e testemunhada para que seja então validada, tanto como memória quanto como posição subjetiva.

Nessa perspectiva, convidar o sujeito a falar a partir da escuta possibilita a ressignificação da memória social, assim como a configuração de um território subjetivo. Sem a apropriação da memória e do território, não haveria a dimensão singular do sujeito, mas apenas sujeitos exilados de si mesmo.

Essa figura do exilado nos remete àqueles que se encontram apartados de suas memórias, embora elas existam. Poderão ser desveladas em seu funcionamento inconsciente e, por meio desse processo, ressignificadas. Na psicose, no entanto, muitas vezes elas deverão ser construídas passo a passo, a partir do que se configura na escuta como testemunho. Essa alusão à memória como pegadas, remete-nos à especificidade da incidência da linguagem na psicose, em que os significantes muitas vezes não aparecem articulados entre eles num efeito de sentido, mas aparecem isolados, como marcas.

Nesses casos, a memória não aparece veiculada pela tradição ou pela memória social que incide nos modos de representação do sujeito, mas estariam situados num nível elementar, da ordem da marca enquanto pegada, anterior, portanto, à sua representação significante. Essa marca produzida pelo significante no sujeito é designada na psicanálise lacaniana como “S₁” que soa em francês “essaim”, um enxame significante.

Entendemos que essa posição de autoria ou testemunho se aproxima da posição de sujeito, pois efetua um recorte no Outro, circunscrevendo-o. Não se trata mais de um “enxame de significantes” (LACAN, 1985 [1972 -1973], p. 196) que o invade, mas de algo construído por ele mesmo e que passa a ordenar quais significantes se acercam, ou seja, como se pudesse se nortear a partir da constelação desses significantes que antes apenas faziam zumbido, ruído.

Nesse contexto, a “prática entre vários” visa a favorecer, por meio do testemunho, a autoria. A partir da abertura inicial provocada acerca do saber sobre o sujeito, ele mesmo pode se reinventar e sua produção propicia uma “ordem inédita”, que então o organiza.

Ademais, a palavra “ordem” nos remete à estruturação do inconsciente e do próprio psiquismo enquanto linguagem. Tal ordenamento seria o que possibilita a estabilização da psicose, tal qual ocorre pela atribuição de sentido no delírio, por exemplo. Todavia, no último

ensino de Lacan, a ênfase sobre o que o significante apresenta fora do sentido, ou seja, menos sua dimensão simbólica e mais o que porta de real (algo sinalizado nos significantes como enxame, portanto algo ameaçador e invasivo, que, no entanto, pode vir a funcionar como insígnias para os sujeitos), concepção que passa a nortear a clínica de forma geral e também a estabilização da psicose.

Entendemos que, no campo da Saúde Mental, há uma presença dos profissionais enquanto sujeitos, e não a proposta de anulação do seu ser como no dispositivo *strictu sensu*, embora o foco da intervenção permaneça sendo o sujeito escutado. A “prática entre vários” se relaciona a isso, pois a partir da variedade do que é particular a cada um e que, portanto, se refere à dimensão do que causa cada um em seu desejo e em seu modo de se posicionar no mundo, possibilitamos um leque de arranjos significantes e formas de lidar (saber-fazer) cada um com seu inconsciente, do que o sujeito psicótico pode se servir para ancorar seu próprio ser.

Realizar essa operação de ancoragem com uma só pessoa, identificar-se integralmente ou vincular-se maciçamente a ela, poderia acarretar num excesso, tornando-se essa figura um perseguidor, por exemplo, como já explicitado em outros momentos. Estamos entendendo que a identificação como “a primeira e mais primitiva manifestação de um laço afetivo com outra pessoa, antes mesmo da primeira eleição de objeto”, segundo Freud, em “Psicologia das massas e análise do eu” (FREUD, 1987 [1921], p. 115). Aqui, a questão principal diz respeito àquilo que permite o enganchamento do sujeito, o que possibilita a feitura do laço social, sem o qual ficaria exilado de si mesmo, desprovido de território subjetivo.

Não se trata de forma alguma de que o profissional ofereça o seu ego como modelo de nada, embora possamos reconhecer que as questões imaginárias existam em todo aparato grupal. Ao revés, consiste em testemunharmos (tanto do lado da equipe, quanto do lado dos pacientes) os modos que o inconsciente se faz presente e assim inscrevê-lo como parte constitutiva da dinâmica e da memória institucional. Esse procedimento legitima as memórias singulares e as integra à memória social.

Ademais, a “variedade” da prática clínica potencializada pelo inconsciente, favoreceria o posicionamento do sujeito, permanentemente em construção e responsável por ordenar as diversas experiências vivenciadas nesse dispositivo. Sob essa perspectiva, a maneira com que o psiquismo é ordenado informa sobre a lógica própria a um sujeito.

Acerca da clínica psicanalítica das psicoses nas instituições, Alfredo Zenoni ressalta que devemos visar estratégias para que “o sujeito não seja deixado cair” (2000, p. 69). Assim, o autor relaciona a peculiaridade do funcionamento da estrutura psicótica em relação ao Outro

– do qual não se separa nem tampouco se instala, daí a dificuldade com o laço social – às necessárias formas de organização dos serviços, em que a diversidade de ações e ofertas traz à cena a ideia de rede que, enquanto tal, ampararia esses sujeitos.

Um dos fundamentos teóricos e clínicos para essa multiplicidade e variedade seria o seguinte: na ausência da operação subjetiva da castração, da perda simbólica que passa a nortear e estruturar o funcionamento dos sujeitos neuróticos, na ausência dessa perda, é o próprio ser do psicótico que, por vezes, é tomado como o objeto perdido, atingido no real de seu corpo, que se corporifica ou se identifica a esse objeto perdido, enquanto dejetivo⁴⁴.

Ou seja, a perda que não se realizou no Simbólico retorna no Real. As pessoas que se inserem na rede institucional em torno do sujeito serviriam para amparar a sua queda enquanto objeto, apoiando-o em laços que se pretendem múltiplos, tal qual protótipo do arranjo social do qual o psicótico encontra-se estruturalmente excluído.

Assim, ao afirmar que o psicótico se encontra excluído do funcionamento social, podemos constatar também que ele não compartilha da memória social de seu meio, na medida em que não se submeteu aos significantes prévios que configuravam sua cultura antes mesmo de seu nascimento. Essa submissão significativa seria uma outra forma de nos referirmos à castração, uma releitura lacaniana a respeito do mecanismo fundamentado por Freud na estruturação da arquitetura psíquica do sujeito através de sua inserção familiar, primeira célula social.

Portanto, sob a lógica dessa rede que ampara o sujeito, numa instituição (e também seguramente fora dela) torna-se desejável a variedade dos recursos, sejam eles as palavras, pessoas, atividades, espaços, para que o sujeito tenha múltiplos pontos onde apoiar-se na busca por sua estabilidade.

Cabe a observação de que, em se tratando de serviços públicos, a ideia de “rede de serviços” que se constitui como um princípio do SUS – Sistema Único de Saúde corrobora essa estratégia de rede, preconizada na Saúde Mental. Para o SUS, vários dispositivos, com graus de complexidade diversos, devem se articular segundo os princípios da descentralização, integralidade e acessibilidade dos cuidados em saúde. Isso quer dizer que a assistência deve ser estruturada de forma a atender às diferentes necessidades dos usuários, além de garantir o acesso aos serviços, que devem ser regionalizados.

⁴⁴ Isto pode aparecer na clínica sob a forma de um autoabandono, pela recusa à higiene ou mesmo pela ingestão de fezes (que, na expressão popular, já virou sinônimo de “loucura”), ou ainda por alucinações de decomposição do próprio corpo, entre outros exemplos comuns na clínica com psicóticos.

Dessa maneira, partindo da mesma lógica e do princípio da “prática entre vários”, apoiamos que mecanismo semelhante possa se efetuar num contexto social mais amplo. Supomos que, em comunidade, no “mar aberto” das relações sociais, são infinitas as possibilidades de encontros e enlaces, desde que apoiados por dispositivos assistenciais externos, inseridos nos territórios. Em outros momentos, utilizamos a metáfora da água para nos referimos ao território do Outro enquanto linguagem, que a tudo e a todos banha. Desde já, situamos as relações e práticas em rede como pontos de possíveis ancoragens dos sujeitos nesse mar aberto da linguagem.

Tanto do interior das instituições quanto no campo da memória social, o princípio da “prática entre vários” permite retirar parte do poder das especialidades ou dos discursos que vigoram socialmente para ressaltar o saber de cada um a respeito de si mesmo, ou melhor, de como se lida com o inexplicável e de como isso pode circular pelos meandros das relações sociais.

Segundo Diogo, Figueiredo e Guerra (2007), o psicanalista na instituição não seria aquele que, na equipe interdisciplinar, é o especialista do sujeito, mas aquele que afirma que cada um pode comparecer por meio de seu ato e em nome próprio, de forma contingente, inscrevendo algo novo na experiência do real na clínica: “(...) trata-se do manejo da clínica sem privilegiar os deciframentos, mas abordando o que há de real no significante” (p. 129). Assim, as autoras corroboram a associação da “prática entre vários” com o que Lacan chamou de *savoir y faire* – o “saber fazer aí” com o inconsciente.

Portanto, como psicanalistas podemos afirmar que o inconsciente se faz presente em todos, produzindo seus efeitos tanto nas trajetórias dos sujeitos quanto na cultura. A partir da “prática entre vários”, a função dos profissionais da saúde mental passa a ser um instrumento de mediação com o laço social e não uma finalidade específica, já que a diretriz é que o sujeito psicótico possa reinventar-se a partir de um não saber prévio. Questionando sua objetivação, tal sujeito poderá vir a fazer algo inédito com o que se passa com ele.

Para entendermos os postulados dessa proposta, devemos situar a clínica psicanalítica das psicoses. Em modos gerais, para a psicanálise, aquilo que é partilhado simbolicamente pela maioria como realidade, nas psicoses ganha contornos próprios. Embora para Freud (1987 [1924]) haja uma perda da realidade tanto na neurose (por meio da fantasia) como na psicose (por meio do delírio), na “loucura” perde-se a capacidade da partilha simbólica. Ou seja, haveria uma dificuldade desses sujeitos em realizar psiquicamente o mecanismo simbólico da metáfora e o que deixa de ser dialetizado nesse processo comparece para eles como um fenômeno vindo do real, sob a forma de alucinação, por exemplo.

Nas relações humanas é função do pai introduzir a possibilidade de realização da metáfora, pois representa a autoridade que impõe limites nas experiências relacionais primeiras, com a mãe. Subjetivamente, a versão psicanalítica acerca das psicoses é de que faltou a interiorização dessa função de autoridade paterna como uma lei que, interna ao psiquismo, passa a geri-lo e organizá-lo. Tal ausência compromete a noção de eu próprio, tornando-se perseguido e invadido pelo Outro. Nas situações da vida nas quais essa figura de autoridade organizadora interna é chamada a comparecer (maioridade, nascimento de um filho, por exemplo, entre tantas outras que possam tomar essa conotação), pode ocorrer a crise, uma vez que a inscrição dessa lei não fora introjetada. Curiosamente, o termo para essa não inscrição – “foraclusão” ou “forclusão” – advém de um termo jurídico, quando passou o prazo de vigorar determinada lei.

A “foraclusão” é um processo próprio de como o psicótico toma os significantes, como se eles não fossem subjetivados. Estes, não obstante, por serem prescritos, não inscritos, ou seja, por estarem, por estrutura, fora da afirmação primordial, são tomados como não pertencentes a ele, como algo que se impõe de fora, de forma invasiva.

A partir dessas observações poderíamos dizer que a psicose é justamente a dificuldade em interiorizar e compartilhar as leis sociais, que por sua vez também são organizadoras de determinado funcionamento do psiquismo.

Ou seja, a lógica da organização social, contingente a cada cultura, é transmitida simbolicamente e, para que se configure como memória social, faz-se necessário que os sujeitos que a compõem consintam a ela. Os psicóticos, ao não se submeterem à lei simbólica que rege essa lógica, por sua foraclusão, acabam por compor a memória social pela via da exclusão, como visamos ressaltar ao tratar da memória da loucura e as formas de cuidado que delas foram decorrentes.

“Foraclusão” é a maneira que Lacan propõe para traduzir a *Verwerfung* freudiana (rejeição, recusa) como uma modalidade de defesa do funcionamento psíquico mais severa que o mecanismo do recalque (*Verdrangung*). O termo foi retirado do vocabulário jurídico para dizer de um processo ao qual não se pode recorrer por ter perdido o prazo, por ter sido prescrito. De acordo com Quinet (2006), foraclusão seria um neologismo e não propriamente uma tradução da versão francesa “*forclusion*”. Seria uma interpretação, que serve para designar que o significante da lei está abolido, está fora. A foraclusão é, portanto, o fracasso da metáfora paterna, é a não inclusão no simbólico de um significante específico, a saber, o Nome-do-Pai.

Há ainda uma outra perspectiva para a questão da forclusão, vista mais pelo viés da diferença do que pelo déficit, ou seja, uma maneira de entender a peculiaridade da psicose que afirma a singularidade radical de cada um e que escapa ao que é compartilhado, mas que nem por isso será reconhecido como devedor do bom funcionamento simbólico.

Essa concepção representaria uma interrogação da própria memória social, ou seja, aquilo que entre incontáveis e infinitas possibilidades de se relacionar com a linguagem, fora determinado como memória oficial.

Para o psicanalista Antônio Teixeira (2017), na psicose há uma recusa ética de se submeter a uma imposição normativa da linguagem, sem a qual não participa de determinada comunidade discursiva.

Neste trabalho, entendemos as instituições como dispositivos que replicam o funcionamento social no qual se inserem, fazendo valer suas normas, visando presentificar o discurso da coletividade ao qual os sujeitos devem se submeter. Em outras palavras, o discurso institucional é sempre porta-voz da memória social oficial, e a colaboração do analista nesse sentido seria apontar que, para elegermos uma memória oficial, faz-se necessário preterir muitas outras. Como as diferentes memórias excluídas e segregadas, seja nas psicoses, seja nas classes sociais marginalizadas e periféricas, localizadas na borda dos discursos oficiais, podem servir para ressignificar as memórias sociais oficiais?

No que diz respeito à instituição, como abordar a questão de seu funcionamento e regras de forma a servirem à constituição de memórias próprias a cada sujeito? Ou seja, como fazer valer a lógica da rede que visa a amparar esses sujeitos, uma vez que estão internamente excluídos do funcionamento social mais amplo? E, sobretudo, como favorecer a função localizatória que a transmissão simbólica de uma memória social propicia, sem impor um modo de funcionamento unívoco?

Há uma distinção entre a imposição da regra totalitária e absoluta que visa ao desaparecimento das diferenças e as regras que sinalizam a operação de uma lei que norteia a organização subjetiva e a feitura de laços sociais, pois regula a relação com o outro, até então indistinto.

Segundo Nilda Sirelli (2015), há uma dimensão da interdição que visa ao silenciamento (recalque empobrecedor) e uma outra que, ao considerar a indeterminação significativa, propicia a fala enquanto fonte de criação e o laço com o outro, via demanda.

Na psicose, apesar de sua peculiaridade em relação ao Outro, a palavra continua sendo fonte de criação, a ser confeccionada, recortada, endereçada e depositada no testemunho de quem a acolhe, produzindo um efeito de estabilização.

Recapitulando, a lei simbólica que rege a lógica significativa é a versão lacaniana da função do pai na perspectiva freudiana. Tomando como referência o texto “Totem e tabu” (1987 [1913]), no qual Freud, a partir de estudos antropológicos, propõe um mito fundador para a cultura, podemos dizer que o vazio deixado pela morte do pai da horda primeva nos primórdios míticos da civilização simboliza o desamparo traumático da indeterminação, em que já não haveria uma ingerência direta sobre suas condutas, mas a pactuação segundo a qual cada um se responsabiliza pela manutenção da ordem em comum. Ou seja, um vazio inaugural proporcionou a criação da própria civilização enquanto organização. O mito originário da horda primeva seria o mito fundacional de nossa memória social.

Da mesma maneira, o mito individual do neurótico simboliza o nascimento das memórias individuais como roteiros próprios, que constituem os territórios subjetivos. De acordo com a constelação simbólica do mito familiar, o vazio da indeterminação do desejo da mãe, sua falta, é metaforizada (nomeada) pela presença paterna. Assim, podemos dizer que a função paterna é o que permite “um exercício de nomeação” (ROUDINESCO e PLON, 1997, p. 743).

O horizonte que devemos percorrer na instituição seria favorecer esse exercício de nomeação. Não há mais possibilidade de introjeção da lei paterna, conforme sinaliza o termo “forclusão”, mas alguma regulação que permita o exercício de nomeação em vez da necessidade em expressar-se em ato, ou seja, tentativa de inscrição no Real por impossibilidade de inscrição simbólica.

Considerando os significantes como passíveis de fazerem rede, ressaltamos sua materialidade, plano no qual podem ser abordados na sua vertente real, propriedade que introduz uma importante questão quanto à abordagem das psicoses e dos dispositivos institucionais que propomos enquanto suporte. Estamos nos referindo à propriedade real que porta o significante enquanto letra, cujo manejo concreto podemos denominar como “prática da letra”.

O plano da linguagem comporta a elaboração do sentido, muitas vezes organizado por meio da produção delirante. No entanto, há esta outra perspectiva de abordagem que vem sendo citada como uma estratégia clínica para a estabilização da psicose que é a dimensão do significante, não tanto enquanto remetido a um outro para produzir um sentido, mas o significante isolado, enquanto ele não quer dizer nada, no seu estatuto de letra ou número, sob o ângulo de sua combinatória formal, da linguagem como uma máquina.

Alfredo Zenoni exemplifica a prática da letra através dos usos da informática, matemática, lógica, das palavras-cruzadas e tudo aquilo que “(...) mexe com a linguagem

quase como um objeto de arte, arte plástica, como na colagem, como no cubismo, que faz com que o simbólico permaneça real” (2000, p. 54).

Essa diretriz deriva do fato de que, na psicose, a inscrição da linguagem não se encontra localizada numa significação de perda simbólica, então a perda tende a ser significada por meios reais, tornando-se significações de perdas realizadas, daí o perigo de passagem ao ato.

No entanto, por meio da realização de marcas, que não sejam no próprio corpo, mas com o “barro” das palavras, na materialidade do papel, por exemplo, podem também circunscrever o gozo que não fora perdido com a inscrição do significante paterno na sua linguagem.

Em conformidade com isso, as oficinas, dispositivos frequentemente utilizados nas instituições de Saúde Mental, possibilitam a dimensão da construção em vez da interpretação, construção como dimensão do fazer e do realizar com as próprias mãos. Portanto, seja por meio da “prática entre vários”, seja pela “prática da letra”, a dimensão da ação está presente enquanto política do *savoir y faire*.

As atividades ligadas às oficinas propiciam a produção de objetos e arranjos que podem funcionar como localização da perda simbólica, na medida em que se constituem como objetos fora do corpo, dele deslocado, ou mesmo como a exteriorização do seu ser de objeto do Outro. Em geral, nos serviços de atenção intensiva ou diária, vemos como a realização de produtos instrumentaliza a convivência entre o sujeito e aquele ao qual se dirige.

A respeito da prática da letra, uma das melhores definições que já encontrei foi a fala de um sujeito psicótico: em um evento que reunia psicanalistas, trabalhadores da Saúde Mental e pacientes, quando se falava da atividade realizada em uma oficina, um dos usuários toma a palavra e dá seu depoimento, tentando nominar o trabalho que realizava: “Eu faço multipsicografia, neologia, que é grafar o mundo, mais que a partir das artes plásticas, a partir da letra”. Essa fala, além da precisão da descrição que reafirma a composição de todas as coisas pelas palavras, é uma bela amostra do uso da linguagem realizada pelos sujeitos psicóticos, cujo trabalho nos aproxima da arte.

4.1.8 O território como matéria de linguagem

O universo da linguagem pode comportar tanto a literalidade do discurso, matéria da linguagem de que todos somos feitos, como a atribuição de sentido que faz com que qualquer sinal seja recebido a partir de uma determinada referência social, como pertencente a ela. Essa

característica simbólica nos humaniza e nos localiza no mesmo “chão” simbólico. É a *mater* da linguagem fertilizada com o *humus* da terra, enraizada no território.

Nessa concepção de território, a desinstitucionalização seria “oportunidade e inspiração”, lembrando mais uma vez as palavras de um usuário, que a nosso ver correspondem a *mater* e *humus*, respectivamente, ou seja, a materialidade da linguagem – que atravessa todas as coisas – com a fertilização via simbólico.

Assim, podemos no utilizar dos registros Real e Simbólico, conceitualizados por Lacan, para pensarmos os atributos de materialidade e sentido da linguagem, como incidem sobre a clínica com o psicótico a partir da abordagem em seu território, na medida em que entendemos o território subjetivo como território de linguagem.

Se a versão da memória que corroboramos é a de construção constante, com a desinstitucionalização oportunizamos tal processo junto ao psicótico, assim como a ressignificação no bojo dos territórios que os acolham, considerando-os como memórias sociais locais, relacionadas à memória social mais ampla da sociedade a qual pertencem.

Conceber o território simbólico como chão poderia soar contraditório, pois sinalizamos todo o tempo a dimensão do desencontro, do mal-entendido e do vazio da linguagem. No entanto, já vimos que a configuração subjetiva favorece a acomodação da memória às bases já estabelecidas, a sua função estável: consideramos o primeiro traço de memória como fundador do aparelho psíquico e de seu mecanismo de repetição como presentificação do trauma. Podemos associar essa marca ao traço unário e este à inscrição do significante paterno na neurose. Aqui nos interessa a alusão a esse mecanismo de funcionamento, pois concilia justamente as dimensões da linguagem com suas linhas e entrelinhas, a pretensão ou a possibilidade de expressar um sentido, contê-lo, mas ser vago e evanescente por característica própria de linguagem.

No que diz respeito às psicoses, há usos ou incidências distintas da linguagem que acarretam em diferentes funcionamentos. Na paranoia, há uma marca significativa primordial, porém ela não se articula aos outros significantes, daí a autorreferência desses sujeitos e a produção de sentido delirante, ou seja, com uma lógica própria.

Já na esquizofrenia ocorre uma deriva sem fim das articulações significantes, uma vez que não houve essa inscrição como marca em torno da qual se organiza a trilha associativa da linguagem, restringindo-a. Sob esse aspecto é que poderíamos dizer que o esquizofrênico é um ausente de sua memória.

Sob essa perspectiva, a marca seria um antepassado. Uma marca de pegada no chão e que indica caminhos possíveis (embora não garanta o itinerário), mas sim, que este é possível.

Do ponto de vista da subjetividade, só podemos falar em território como algo em comum se houver pertencimento ou pertinência. Se conceitualmente o psicótico não está estruturalmente inserido no registro simbólico, a clínica nos mostra as produções linguageiras em toda a sua riqueza e contemporaneidade.

Relato a fala de um paciente que, por “alienado” que fosse, encontrava-se evidentemente ligado ao mundo à sua volta: após ao 11 de setembro, ataque ao World Trade Center, a temática de seus delírios, que começavam a se sistematizar em torno da água (dizia que fazia “nada”), mudou instantaneamente para a afirmativa de ser um talibã. Ao ser questionado sobre a mudança no conteúdo de seu delírio rebate: “Você não lê jornal, não? Temos que ficar atualizados”.

Esse relato demonstra a riqueza da criatividade presente nas produções psicóticas, ainda que dentro do sentido próprio que vigora nas trilhas associativas do delírio. Embora não confirmemos a informação de que nosso paciente fora o responsável pelo ataque às Torres Gêmeas (aliás, símbolo do poderio americano, cuja lógica fálica ele não compartilhava, justamente por não ser regido por ela), esse caso evidencia o esforço de articulação desse sujeito ao contexto geral do mundo, uma busca pelo pertencimento, ainda que utilizando de sua verdade própria para isso. Cabe a quem o escuta reconhecer a sua verdade, como uma forma a mais de articulação com a memória social, via testemunho.

Ademais, não podemos subestimar os efeitos clínicos da mudança de atitude da sociedade frente ao psicótico, ao tratá-lo como parte de sua comunidade, como pertencente. Não fora esse o primeiro passo da humanização de nossa espécie, pela via do simbólico?

Os discursos nos antecedem e nos reservam lugares preestabelecidos, desde o nascimento do homem e sua entrada no discurso materno. Da mesma maneira, o vocabulário médico-científico pode designar lugares para o doente, por exemplo, conforme desenvolvemos em outro momento, e que na realidade são formas preestabelecidas de nomeação. A proposta do território como variedade linguística fala a favor de um mais amplo e rico exercício de nomeação na busca pelo território subjetivo onde se possa habitar, ter um lugar.

Do ponto de vista dos territórios de linguagem disponíveis em nossa memória social, podemos afirmar que a sociedade ainda não propiciou lugares possíveis aos loucos dentro do funcionamento dos discursos vigentes, mas simplesmente os excluiu. A revisão dos pressupostos sobre a loucura propicia que recriemos lugares, formas de nomeação, agora no seio de nossa própria cultura. Nesse sentido, ressignificar a memória implica um duplo

movimento, tanto de mobilização das insígnias tais quais são valoradas socialmente, quanto de sua apropriação enquanto território subjetivo do sujeito.

Conforme explicitado anteriormente, convém lembrar que estamos utilizando a concepção linguística saussuriana, reformulada por Lacan. Para Saussure, o signo seria formado por signos, compostos por significantes e significados unidos arbitrariamente, ou seja, em função do acaso. Basicamente, o significante seria a parcela material do signo linguístico (o som da palavra, por exemplo). Já o significado seria o conceito, o sentido, a ideia associada ao significante.

Lacan vem dizer que a linguagem seria constituída essencialmente de significantes (e ressalta a marca material deixada no psiquismo por estes) e não de signos. O significado não teria, ainda que arbitrariamente produzida, uma relação fixa com o significante. Para Lacan, a experiência psicanalítica teria demonstrado que o significado é extremamente volátil, evanescente, como um fluido que desliza ao longo da cadeia de significantes. Nesse sentido, a noção de signo deveria ser relativizada, já que uma relação mais ou menos fixa entre significante e significado estaria restrita a um dado contexto. A esse “contexto”, cuja relação entre significante e significado é mais ou menos fixa e ainda depende da relação com os demais, chamamos território de linguagem. Esse contexto simbólico constitutivo das subjetividades fora configurado pela memória social que se imprimiu e se atualizou de diversas maneiras no território.

Circunscrever as associações significantes é uma tentativa de abordar o território como um certo recorte do Outro, tal qual é transmitido para os sujeitos que neles estão inseridos. A rigor, a partir da teoria lacaniana, entendemos que os significantes, por não portarem um significado em si mesmos, são lançados às infinitas possibilidades da linguagem, ao que o território entendido como memória social não deixa de ser um enquadre, na medida em que veicula determinadas características que lhe são peculiares.

Sirelli, de uma maneira esclarecedora, também se refere à memória social como inerente à própria constituição do aparelho psíquico “(...) por meio de elementos da sociedade que o recebe e indelevelmente o marca” (2014, p. 62). E segue dizendo que:

Não há grupo ou sujeito humano sem transmissão, sem esse “impregnar-se” disso que vem do Outro. Impregnar-se implica em *si* fazer por meio desse discurso que foi transmitido pela fala, pelos silêncios, por expressões, tonalidades e uma infinidade de vias que possam ter possibilitado ao sujeito apreender algo de sua história que é perpassada pela história de muitos, de um povo, uma comunidade, uma nação (p. 62).

Retomando a autora, diria então que as falas, os silêncios, as expressões, as tonalidades e as demais vias de linguagem, presentificam o universo do Outro no território, marcado pelas especificidades que o caracterizam e que chegam aos sujeitos que lhe habitam, que irão “se fazer por meio deste discurso” transmitido pela memória social do território de forma singular. É essa possibilidade aberta pela singularidade que permite a ressignificação das memórias.

Curioso notar, que a autora usa o termo “impregnar-se” para referir-se à apropriação que o sujeito faz do discurso do Outro como memória. No entanto, no vocabulário psiquiátrico, “impregnação” é um termo que designa reações indesejáveis às medicações, sobretudo alterações motoras devido ao uso de antipsicóticos, que geram extremo incômodo aos pacientes e que geralmente é tratada com a inclusão de mais medicamentos ao tratamento.

Considerando a memória de um sujeito que mora dentro do hospital, por exemplo, qual a chance do termo “impregnado” aludir a um belo termo da língua portuguesa que denota estar absorvido, embebido, cheio, sem associá-lo ao excesso que essas medicações provocaram em seu corpo? Este seria um exemplo da restrição contextual dos significados ao território.

Se considerarmos os territórios fora do hospital, evidentemente serão menos restritos nos termos do seu repertório, pois inclui “limites geográficos, culturais, socioeconômicos (...); conjunto de referências que desenham a moldura do cotidiano para cada cliente, seu território familiar, mitológico, jurídico” (DELGADO, 1997, p. 41), para retomar a definição de território utilizada na saúde mental. Importante ressaltar que essa profusão de discursos justifica e impulsiona nossa saída da instituição hospitalar em direção ao território, por considerá-lo solo mais fértil para as possibilidades criativas do sujeito.

4.1.9 Território delirante

As produções criativas que propomos como formas peculiares de articulação do sujeito ao seu território linguístico, de forma alguma excluem a produção delirante, que nada mais é do que a construção de um lugar no mundo, uma localização. Aceitamos os “moinhos de vento” como territórios subjetivos a serem habitados, para daí estabelecerem trocas sociais.

Para fazer uma referência ao meu período em terras espanholas, cito *Dom Quixote de La Mancha*, de Cervantes, fonte literária de um ícone da loucura. Dom Quixote delira que é um cavaleiro e trava uma batalha contra gigantes:

Don Quixote deambula para demonstrar, apoiado em provas, a veracidade dos livros, e o fato de traduzirem efetivamente a linguagem do mundo. Suas proezas, entretanto, se dão no sentido oposto: enquanto as aventuras dos livros de cavalaria relatam a memória das façanhas dos seus autores, Don Quixote parte dos signos para provar a veracidade dos relatos. Ele lê o mundo através de signos. Se algo não está certo, é no mundo, e não nos relatos os quais sempre dizem a verdade. Trata-se de adaptar o mundo aos signos sem jamais questioná-los. É por isso que a vitória ou a derrota frente ao inimigo – os moinhos de vento transformados em gigantes desmedidos – pouco importa: o que conta é provar a veracidade dos signos (CECCARELLI, 2009, p. 119).

A referência ao uso da palavra em Dom Quixote exprime bem um dos recursos para a configuração, na psicose, de um território subjetivo via linguagem. Os psicóticos adaptam o mundo aos seus próprios signos como uma maneira de se localizarem nele, ou seja, constroem suas próprias memórias através da produção delirante.

Freud, em seu texto “Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia”, nos informa que “a formação delirante, que presumimos ser produto patológico, é, na realidade, uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução” (FREUD, 1987 [1911], p. 23). Ou seja, o que normalmente é considerado doença, na verdade é uma tentativa de cura, a instauração de uma lógica própria que organiza o mundo de forma a poder habitá-lo.

Nesse sentido, o delírio é a produção de um território. É o enganchamento a uma cadeia simbólica que referenda o sujeito psicótico e, na medida em que pertence a essa cadeia, ela lhe designa um lugar.

Torna-se necessário criar junto ao sujeito psicótico um território subjetivo onde ele possa habitar e que este não se restrinja às abordagens institucionais intramuros. A ideia é de instrumentalizar a feitura, mas, sobretudo, acolher o que é criado pelo próprio sujeito, geralmente descartado pelo discurso psiquiátrico como sintoma a ser remitido.

No seu Seminário sobre as psicoses, Lacan usa o termo “secretário do alienado” para se referir à função do analista junto a esses sujeitos:

Vamos aparentemente nos contentar em passar por secretários do alienado. Empregam habitualmente essa expressão para censurar a impotência dos seus alienistas. Pois bem, não só nos passaremos por seus secretários, mas tomaremos ao pé da letra o que ele nos conta – o que até aqui foi considerado como coisa a ser evitada (LACAN, 1988 [1955-1956], p. 236).

O ato da escuta na psicose é um instrumento de investigação que tem consequências terapêuticas de construção e de localização, pois recolhendo o que se diz, servimos de lugar de depósito, testemunhando o que o paciente mesmo pôde recortar daquilo que lhe aflige.

Essa função do analista contempla também a proposta mencionada anteriormente de relatar a literalidade das produções trazidas pelo sujeito, ou seja, a materialidade da palavra escrita.

O secretário do alienado é aquele que, enquanto relator, registra essas produções, as autênticas e legítimas. Metaforicamente, esse reconhecimento dá crédito ao sujeito, atestando que em suas produções pode-se fiar. O delírio é fio onde o sujeito se tece enquanto seu próprio fio condutor.

Encontramos na definição de território pelo Ministério da Saúde a seguinte descrição: “O território é *tecido pelos fios* (grifo nosso) que são as instâncias pessoais e institucionais que atravessam a experiência do sujeito (...) incluindo-se centralmente o próprio sujeito na construção do território” (MS, 2005, p. 13). Considerando nossa proposta de leitura do território a partir da lógica significante lacaniana, os fios das instâncias pessoais e institucionais são os discursos dos quais o sujeito se apropria durante sua própria tecitura.

Embora o sujeito, na definição da saúde, não seja o mesmo que o sujeito em psicanálise, a analogia é válida na medida em que entrelaça sua posição ativa na trama do território. Poder particularizar a relação com a linguagem por meio do delírio é uma forma de fazer anteparo ao que ameaça e aterroriza a própria existência do sujeito durante uma crise, por exemplo. Aqui entendemos a crise como a descoordenação do Outro da linguagem pela ausência do sujeito enquanto ordenamento significante. Tecer o delírio é vestir simbolicamente o inabordável, o inapreensível de cada um que, na psicose, toma dimensões de céu aberto.

Podemos dizer que a escuta oportuniza esse ordenamento do sujeito por meio das articulações significantes. Falar é horizonte que dá norte. É reapropriar-se de uma memória que, enquanto tal, é partidária do laço social, pois inclui o sujeito numa lógica maior circundante, porém de forma original. No caso do delírio, essa originalidade se torna totalmente evidente.

No entanto, podemos afirmar que todas as produções sintomáticas são artifícios que o sujeito inventa para configurar sua memória como um território subjetivo. Por ser uma criação do sujeito, embora escape à lógica instituída socialmente, sempre porta uma verdade a seu respeito.

Este trabalho de constituição de um território subjetivo só poderia se realizar via linguagem, já que é “no discurso que o ser falante procura se localizar para ocupar lugares nas relações com os outros humanos” (ALBERTI, 2008). Dando continuidade à figura de linguagem que utilizamos a respeito dos discursos como fios que tecem o sujeito:

Tecitura que se faz, evidentemente, na linguagem, de forma que o sujeito que se assenhora dessa tecitura é o próprio sujeito da fala, e nela se exerce – ou não – como ser falante. Uma prática que implica a psicanálise é também aquela que identifica o sujeito como sujeito da fala, e tem como visada garantir que assim seja mesmo quando as condições parecem ser as menos propícias, quer por inúmeras dificuldades do próprio sujeito, quer por impedimentos institucionais que bloqueiam esse exercício da subjetividade (ALBERTI, 2008).

Nesse texto que trata de “A política da psicanálise e a da saúde mental”, a autora indica que o analista na instituição deve garantir a possibilidade da fala, assim como das produções sintomáticas, pois “o sintoma institui a ordem que verifica nossa política”.

Relatamos a seguir algumas experiências da rotina de cuidado a sujeitos, cujas histórias nos permitem expressar o manejo de suas características extraordinárias, com a normalidade ordinária, por assim dizer, da instituição de saúde mental. As instituições replicam o funcionamento social no qual vigora a memória oficial, que tende a ignorar e até mesmo a excluir as outras memórias.

Toda memória unívoca aproxima-se do totalitarismo, no sentido de um reducionismo que visa a neutralizar a diversidade. Esse é o mesmo mecanismo das representações conscientes, que, ao seguirem vias privilegiadas, preterem outras que, todavia, subsistem, seja enquanto representações inconscientes, seja através de uma infinidade de afetos irrepresentáveis e demais efeitos das marcas da linguagem.

As produções sintomáticas nas psicoses nos informam desses efeitos que estão fora das representações, mas que podem ser considerados como índices dos sujeitos, ou seja, como diferentes e singulares possibilidades de construção da memória.

O fenômeno da alucinação é uma produção sintomática tratada como algo a ser extirpado pelo saber psiquiátrico, este fio discursivo que ocupa importante papel no tecido de nossa memória social. Isso ocorre não só porque a alucinação pode causar intenso sofrimento a quem passa pela experiência alucinatória, mas porque revela uma não adaptação à memória social enquanto universo simbólico compartilhado e, embora venha a fazer sentido para o sujeito, não pode ser reconhecida.

A partir da leitura lacaniana, dizemos que as alucinações podem propiciar a feitura de um sentido que arvore o sujeito. Embora em si mesma seja uma experiência de estranhamento, em que as imagens e sobretudo as vozes se apresentam como algo que não se reconhece enquanto produção própria, a alucinação constitui o sujeito. Para utilizar a expressão de Lacan, ela constitui uma “atribuição subjetiva” (LACAN, 1998 [1957-1958], p. 541).

Consideramos a alucinação como uma seta significativa que aponta uma posterior articulação de sentido, na medida em que informa da marca da linguagem tal qual fora capturada pelo sujeito. A marca já seria um recorte desse universo indeterminado que é o Outro, quer dizer, funciona como uma extração de algo desse Outro, um fragmento bruto de sua presença, mas que constitui e localiza o sujeito.

Portanto, a alucinação será por nós compreendida como uma produção sintomática que nos interessa sobretudo como índice do sujeito, ainda que este se coloque numa relação com a linguagem anterior à representação, numa experiência subjetiva bem concreta.

A linguagem está lá, alguma coisa se extrai da linguagem e no que isso se extrai isso passa a ser o referencial para organizar o mundo. É nesse sentido que a alucinação organiza um pouco as coisas. De uma maneira muito dura porque essa coisa é pesada, geralmente nomeia de um jeito muito violento. Mas é melhor ser vaca [por exemplo] do que estar invadido completamente pela presença do Outro. É melhor a presença do Outro ser “você é uma vaca” do que não ser nada porque não sendo nenhuma nomeação fixa passa a ser uma presença invasiva completa (VIEIRA, 2009, p. 71).

Portanto, encontramos nos argumentos psicanalíticos a demarcação de que a alucinação é a tentativa de estabelecimento de alguma memória e que por isso deve ser acolhida como um significante primordial na configuração do território subjetivo. A partir desse significante, poderá haver a articulação com os demais significantes disponíveis, de acordo com a memória social na qual se insere o sujeito. O termo “primordial” diz da importância do significante que fora alucinado, nas séries associativas que poderão se estabelecer, o que na teoria lacaniana é designado como a articulação S_1 - S_2 :

Todos os significantes que não têm valor de S_1 são designados por S_2 . Constituem o saber do Outro, ou seja, o conjunto dos significantes que nos constituem. S_2 como o saber do Outro nos remete ao saber de uma cultura, de um grupo social, saber sempre inacabado e aberto para inclusão de mais um significante (SIRELLI, 2014, p. 63).

Destacada a importância das produções sintomáticas como tentativas de estabelecimentos de memórias por parte dos sujeitos por meio da linguagem, relataremos alguns casos clínicos na instituição de saúde mental que demonstram o manejo dessas produções singulares, considerando também os territórios onde se encontram: os dois primeiros fragmentos se passaram num Centro de Atenção Psicossocial e o terceiro dentro da instituição hospitalar, onde o paciente transitava entre internações e outras modalidades de atendimentos.

Amália era considerada uma paciente extremamente grave desde a infância. Apresentava acessos de agressividade devido a persistentes alucinações, quando sentia o seu corpo ser violado e despedaçado, pois comumente não conseguia delimitar um “eu” separado do corpo do outro, o que lhe causava intenso sofrimento. Sua fragmentação psíquica era tão intensa, que ela não conseguia concatenar sequencialmente as frases que proferia e não reconhecia sua própria imagem.

O estabelecimento de laços com várias pessoas no CAPS onde se tratava e as diversas modalidades de tratamento ofertados (escuta individualizada, assembleias, oficinas, atividades externas ao serviço etc.) gradualmente possibilitaram o recolhimento de seus fragmentos em torno e em prol desses laços e atividades, conferindo-lhe alguma estabilidade.

As oficinas instrumentalizavam a prática e mediavam sua convivência no serviço, sempre permeados de palavras e acolhimento, possibilitando a Amália uma fluência menos expressa em atos (aparentemente aleatórios ou atos violentos), e mais nas suas atividades e falas endereçadas. Como dito em outro momento, as oficinas viabilizam o manejo das relações e da linguagem por meio de instrumentos e objetos, acionando menos a dimensão da interpretação e mais a proposta de construção realizada no cotidiano como artefato clínico: arte e fato que aludem à criatividade do saber-fazer frente ao real da clínica.

Na oficina de vídeo, Amália podia ser a entrevistadora, ou seja, partiam dela as perguntas endereçadas aos entrevistados, permitindo que ela ocupasse uma posição muito interessante de agente frente à fala, considerando a extrema dificuldade que demonstrava em situar-se na ordem do discurso. Além disso, podia utilizar-se do recurso da imagem capturada pela câmera, uma vez que sua unidade era bastante instável e fugaz.

Na oficina de sabonetes artesanais, além de fazer parte da realização de algo coletivo, junto aos outros, a confecção desses objetos como frutos de sua produção possibilitava uma localização de seu próprio corpo e psiquismo em relação à exterioridade que fora produzida. Sob esse aspecto, poderíamos dizer que os objetos confeccionados nas oficinas podem servir de suporte material para constituição de uma memória.

Tais oficinas eram realizadas por sua psiquiatra e por sua psicanalista, respectivamente, o que certamente favoreceu a vinculação a essas atividades, entre outras características pessoais: por exemplo, era muito asseada e vaidosa, talvez reflexo dos cuidados que de fato recebera por todo o seu longo trajeto na saúde mental, desde o CAPS infanto-juvenil.

A presença de vínculos transferenciais e a consideração das idiossincrasias ou características pessoais é extremamente importante, pois sem isso qualquer atividade se torna

uma atividade qualquer, sem sentido ou função terapêutica de localização subjetiva. Podemos afirmar que os arranjos institucionais nos quais o sujeito é uniformizado, numerado e destituído de suas produções sintomáticas, realizam um trabalho de desterritorialização subjetiva.

Essa usuária já vinha de um longo trabalho em rede, o que proporcionava a abordagem de seu estado constante de crise, por assim dizer de sua gravidade. Eu não a atendia individualmente, mas era, o que chamamos em saúde mental, sua “referência” no serviço, ou seja, a responsável pelo seu projeto terapêutico tanto junto à equipe quanto na rede. Isso implica garantir a mobilização de todos os envolvidos no cuidado para que de fato fosse colocado em marcha um trabalho com efeitos terapêuticos para a paciente.

A orientação dentro da saúde mental é que o projeto terapêutico deve ser traçado incluindo a própria usuária. A psicanálise dá um passo a mais ao considerar os sinais clínicos emitidos pelo sujeito, que passa a guiar a intervenção de toda a equipe (intra e extrainstitucional). Esses sinais são colhidos junto a cada um que se insere no cuidado, sendo uma colaboração do analista reuni-los na construção de um caso clínico em comum, além de favorecer os efeitos da transmissão desse saber tecido entre vários.

Ao longo desse processo, Amália passou a ir ao serviço sozinha e inclusive saía pelas ruas do bairro para vender na vizinhança os sabonetes que produzia na oficina. Enredamento artesanal do sujeito com o território, na busca de algo que possa chamar de si mesmo na trama delicada das relações e dos enodamentos sociais.

Devemos assinalar que suas alucinações nunca desapareceram, mas se tornaram mais brandas e passaram a ser mais abordáveis por nós, ainda que para isso tivéssemos que nos incluir nelas: certa vez, no pátio de que dispúnhamos como “espaço de convivência”, Amália olhava irritada ao seu redor e falava sozinha sobre a presença de um jacaré, que iria mordê-la. Eu estava por perto, certamente do lado do jacaré, ou seja, do outro que incomoda, agride e invade. No entanto, pude me colocar novamente ao seu lado, repreendendo o jacaré: “Tô de olho em você! Pare de incomodá-la. Aqui não é permitido morder pessoas”. Ela imediatamente se acalmou e, logo depois, veio a mim sorrindo e levantado a mão como quem diz “toca aqui”: – “enganamos o jacaré, né?”.

A perspectiva de “nos incluir” diz respeito à implicação dos profissionais que atuam nas instituições, com sua presença física, literal, sustentando o investimento no desejo de que naquele dispositivo se coloque em marcha algo da ordem do sujeito em questão. Junto a determinadas manifestações da psicose, parece-me que há um desafio teórico e um empenho

intelectual intenso, mas também um trabalho quase “braçal” que adota, na prática, o esforço e o exercício de nomeação.

Contudo, nessa intervenção procurei apontar e ratificar a existência de uma lei que abarcasse a todos, inclusive eu e o jacaré. Essa é uma diretriz muito utilizada na clínica institucional (ZENONI, 2000; STEVENS, 2003; VIGANÒ, 1999; DI CIACCIA, 2005) como estratégia de regulação desse Outro que até então apresentava-se como não barrado, absoluto e, portanto, invasivo. A introdução do “não” num contexto de invasão funcionou como defesa do território subjetivo de Amália.

Passemos ao próximo relato: Gregório era aficionado pela temática dos carros “tunados”. Essa gíria designa a personalização dos veículos por meio do adorno e da modificação para que fiquem possantes: mais velozes, com aparelhagem de som mais potentes.

É interessante notar que a gíria é justamente um uso da linguagem que visa a indicar outras palavras formais da língua, no entanto, referido a um grupo, como um dialeto do território. Esse *hobby* ou essa fixação que ele mantinha também era uma característica que o unia aos outros jovens de sua convivência no subúrbio do Rio de Janeiro.

Gregório tinha alucinações nas cores verde, amarela e vermelha. As cores dos sinais de trânsito regulavam o fluxo de sua vida, sinalizando quando estava tudo bem, quando alguma situação lhe exigia estado de alerta ou atenção e quando aparecia alguma dificuldade intransponível em seu trajeto. Ou seja, suas alucinações visuais funcionavam como verdadeiras metáforas e estavam relacionadas à temática que o vinculava ao seu território e que se tornaria eixo central e estruturante de seu território subjetivo. Além disso, esses sinais serviam também para guiar a equipe quanto ao ritmo do acompanhamento que fazíamos a ele.

Em determinado momento, Gregório se preparava para tirar sua Carteira Nacional de Habilitação. Esse documento tornava fato oficial a sua condição de motorista, atestando-a publicamente, mais uma vez vinculando algo que lhe era tão íntimo à esfera da coletividade, fazendo laço. Nesse caso, ser motorista diz respeito à possibilidade de dirigir a própria vida, numa posição de sujeito.

O sinal ficou vermelho, pois a façanha de tirar a carteira coincidiu com o falecimento de seu pai. Na ocasião, sua vinculação com o CAPS se dava basicamente a partir da escuta individualizada e de consultas médicas bastante espaçadas. Esse espaçamento, a meu ver, possibilitava outros tipos de elaboração de suas questões de forma não estritamente relacionada ao discurso médico.

Podemos considerar tal espaçamento como uma balança no discurso do Outro, que permite uma confecção mais artesanal, por assim dizer, de memórias personalizadas, considerando que as categorias classificatórias do discurso psiquiátrico tendem à uniformização e numeração, numa produção em série que, ao tornar-se estatística, passa a ser parâmetro para o estabelecimento de outras categorias diagnósticas.

Frente ao sinal vermelho, passei a ofertar a escuta numa maior frequência dos atendimentos. Enquanto instituição, também mantivemos as portas abertas, ou melhor, o sinal verde à sua livre solicitação.

Após o divórcio de seus pais, até então, ele morava com o pai. Sua mãe passou a lhe dar toda a infraestrutura que precisava no dia a dia, além de acompanhá-lo de perto e sobretudo incentivar com muita ênfase suas iniciativas. Ousaria dizer que ela entendia o sinal vermelho como um sinal amarelo, o que no caso funcionou para colocar o sujeito a trabalho. Com o suporte mais intensificado, tanto de nossa parte quanto por parte de sua família, Gregório pôde dar andamento aos seus projetos.

Ele foi se configurando como um estudioso da técnica de modificação de automóveis e tornou-se um mecânico autodidata. Sua paixão pelos carros não só era uma temática em torno da qual se organizava subjetivamente como converteu-se em meta profissional que apontava para fora de si mesmo e possibilitava a inserção em seu território, onde, afinal, essa atividade era especialmente valorizada.

Podemos dizer que, ao personalizar seu território subjetivo, sua memória foi “tunada”, o que permitiu que se mantivesse estável na pista, apesar do desafio que pode ser uma identidade fálica (CNH) e o buraco da morte de um pai.

Esses relatos exemplificam trajetórias institucionais nas quais houve articulação das produções sintomáticas ao território, na medida do possível e sem extirpá-las. No caso de Gregório, foi a partir da alucinação que se seguiu todo um itinerário através do estabelecimento de sentido proporcionado. Para Amália, ser habitada por cuidados intensivos possibilitou a estruturação de um trajeto no território intra e extrainstitucional, a partir do uso dessa espécie de híbrido objeto-palavra-laço.

Tudo aquilo que impede a circulação, reforça a alienação. Por intermédio de caminhos traçados a partir de endereçamentos afetivos e a possibilidade ofertada de produções, sejam estas palavras, enredos (delirantes ou não), ações, produtos, novas presenças etc., procuramos intervir no asilamento subjetivo, pois a memória sem o testemunho, o reconhecimento e o enlaçamento ao Outro é ausência de memória.

Gostaríamos de acrescentar aqui uma parte de um outro caso que acompanhei brevemente, durante uma internação hospitalar. Não se trata de delírio ou alucinação, mas de uma situação psicossocial complicada pelo isolamento e pela agressividade deflagrada na crise. Os contornos adquiridos a partir da clínica institucional nos permitiram refletir sobre a questão do compartilhamento de espaços e laços, sobre os efeitos das atividades propostas e, sobretudo, a respeito das incidências possíveis do compartilhamento da memória social.

Marília era intratável. Não aceitava a abordagem de ninguém da equipe: se retirava, ficava muda, respondia de maneira sucinta, ríspida ou irônica. De minha parte, eu procurava compartilhar os mesmos ambientes, ficava por perto, mas recebia a sua recusa. Era a minha forma de validar a sua posição em relação ao Outro naquele momento, por entender que o sintoma é uma forma de dar tratamento ao Outro. Dessa maneira, eu justificava minha conduta perante às demandas institucionais.

No entanto, os médicos não contam com essa prerrogativa e devem atender o paciente, inclusive para poder medicá-lo. Na ocasião, seu médico residente era um rapaz muito carismático e de muitos recursos (poeta, escritor, compositor de samba), o que poderia favorecer a aproximação, que, no entanto, não aconteceu. Todas as investidas de aproximação resultavam inevitavelmente numa reação contrária, na direção da separação. Como as negativas não surtiram efeito, a paciente, por fim, lançou um copo de água no rosto do rapaz. Algo da ordem da sua problemática envolvendo a separação, que não lograva possibilidades de se elaborar entre as palavras, expressou-se em ato.

Soubemos, por terceiros, que ela havia se separado de seu companheiro, com quem vivia há vários anos, fazia acompanhamento com psiquiatra e com psicanalista regularmente. Na clínica institucional as fontes terceiras são bem-vindas, importantes para ajudar a recompor o enredo de cada paciente durante o momento de crise.

No entanto, a dificuldade permanecia e nada nem ninguém era capaz de romper seu comportamento arredo em relação à equipe, embora circulasse pelo hospital, comesse, se banhasse, etc. e interagisse bem com os outros pacientes. Até que, por ocasião da festa junina realizada no pátio do hospital, ela encenou a noiva. A partir disso, seu modo de estar e se relacionar mudou consideravelmente, logo se estabilizando e indo para casa.

Pensamos que o conteúdo transmitido pela tradição da festa junina tenha sido reapropriado de tal maneira pela paciente, que veio a favorecer a sua estabilização. Além da apropriação proporcionada pela encenação da quadrilha, sustentamos que há uma finalidade terapêutica prevista na realização de atividades coletivas, junto aos demais e testemunhada por todos. Aqui, o testemunho confere validade à cena compartilhada. Não chegamos a colher

em seu relato, qual teria sido a sua via particular de articulação a esse evento tradicional, que visa a presentificar o modo de celebração da vida ao estilo caipira, que são as festas juninas.

Talvez a paciente tenha extraído da tradição, a afirmação de que, mesmo sem a realização do casamento, “segue o baile”, como se diz para expressar que a vida continua, mesmo após os ápices dramáticos do enredo e apesar das rupturas.

4.1.10 A instituição como território provisório

Trago um outro exemplo ocorrido durante minha saída de uma instituição: um paciente psicótico me disse: “Você é móvel, esta mesa é móvel, mas isso aqui, ó... (batendo nas paredes do hospital) não é móvel, é fixo”. Dessa maneira, as instituições podem funcionar como continentes, como limites reais, porém também podem propiciar uma função simbólica, como nos demonstra posteriormente esse paciente, quando pôde significar a minha ausência, ainda assim me fazendo presente. Aqui entendemos a metáfora como capacidade de alusão simbólica por intermédio da palavra, ou seja, “se referir” a uma coisa abstrata (portanto não presente concretamente), presentificando-a na linguagem.

Essa forma de dizer a metáfora como um “se referir” é muito interessante na medida em que comporta uma localização prévia em relação a algum referente. Não é por acaso que articulamos a capacidade de realizar metáforas com a capacidade de estabelecer sentidos a partir da inscrição do significante do Nome-do-Pai, que passa a ordenar a cadeia significante e em torno do qual se organizam os sujeitos neuróticos.

Se esse ordenamento possibilita que os sentidos sejam compartilhados dentro de um mesmo idioma é porque o sujeito se submete a essa lei enquanto organização significante que o antecedeu. O sujeito sob essa lógica só foi capaz de aceder a ela através da instauração de um vazio a partir do qual pôde se posicionar em relação ao Outro. O referente foi o pai simbólico. Essa lógica lacaniana é a mesma corroborada por Foucault, ao afirmar que a ausência é o primeiro lugar do discurso.

Nas psicoses, no entanto, procuramos produzir esse efeito de localização no Outro a partir de vários recursos. No caso de Elo, observamos que, inicialmente, atrelou a constância necessária à afirmação de si (de um si mesmo) à concretude das estruturas institucionais, já que eu sairia da cena.

Essa questão do “significar a ausência” é um ponto principal da clínica institucional, em que na verdade se trata da falta de ausência, no que diz respeito ao Nome-do-Pai e, por

consequência, a vivência de experiências de ausência de si mesmo (ou seu outro extremo da paranoia, em que o “si” se expande a tudo, pela falta de delimitação).

A partir do laço transferencial, que também pode ser entendido como uma modalidade de demarcação dos afetos via endereçamento, esse sujeito passou a realizar comigo seu trabalho de demarcação de si mesmo através da escritura de sua história própria.

Pelos avatares da transferência na psicose, ou seja, o risco de tornar-se excessiva pela própria dificuldade de delimitação, muitas vezes utilizamos a estratégia de recortá-la pelo aparato institucional. Além de haver outras pessoas e dispositivos com os quais esse sujeito também se relacionava, estávamos todos submetidos a uma regra maior estabelecida pelo funcionamento institucional. Isso impedia que ele buscasse ser meu namorado, por exemplo, pois pelo enquadre institucional, ele era designado como meu paciente (apesar da transferência amorosa que se instalava). Nesse sentido, é como se compartilhássemos o idioma em comum da instituição. Como se a instituição demarcasse um território a partir do qual ambos nos situávamos.

Inclusive a organização do espaço institucional acaba por favorecer esse enquadre, desde colocar uma mesa, por exemplo, entre o profissional e o paciente, ou por meio da atribuição de hierarquias. Podemos, justificadamente, atribuir a essa característica institucional uma fixidez ou rigidez.

Ao longo deste texto viemos analisando vários aspectos da instituição psiquiátrica que acarretam consequências indesejáveis. Pensamos que, a partir do fato dessas instituições existirem e de nos propormos a questioná-las e reformá-las desde o seu interior, fez-se necessário trabalhar a partir de seus elementos. “A partir de” é uma construção que reincide no texto e que diz respeito ao real da clínica. Só poderemos dizer como seria a saúde mental sem a instituição hospitalar a partir de outras formas de abordá-la ou nomeá-la.

No entanto, a questão central é sempre o uso que fazemos dos recursos institucionais, que podem ser canalizados na direção de favorecer a dimensão do sujeito e não de suplantá-lo. Cabe a nós extrairmos da clínica institucional aquilo que afinal pode oferecer ao sujeito que não sofreu a escansão (partição) pelo significativo, um ponto de partida para seu próprio caminho. Aliás, foi essa a operação realizada pelo sujeito relatado diante da minha “partida”.

Elo estava totalmente vinculado ao hospital, inserido em seu discurso e demandando deste os objetos medicamentosos que produzia como efeito do próprio discurso. No entanto, essa inserção se mostrava problemática, gerando uma sequência de internações que, embora o articulasse de alguma maneira (já que as sequências são ordens que organizam um discurso),

acabavam sendo repetições, mais do mesmo, sem propiciarem a produção de novos significantes ou o trilhamento de novos itinerários.

A possibilidade da ressignificação do lugar que ocupava na instituição até então foi introduzida por meio da oferta de escuta, sob transferência. Para isso foi necessário que eu passasse a habitar, literalmente, a temática dos seus delírios.

Para que a transferência seja o mecanismo através do qual um sujeito entra efetivamente em análise, para que ela comece a operar é necessário que o analista seja inserido na sequência de representações e no circuito pulsional desse sujeito. A atualização desse conteúdo permitirá a leitura da sua dinâmica e seu rearranjo. Na psicose, o lugar ocupado pelo analista por intermédio da mobilização causada por sua presença se torna mais problemática pela falta de mediação simbólica, que consiste na capacidade de mediar os conteúdos pelo “como se” (expressão que alude à feitura das metáforas), o que resulta na certeza de que aquilo ocorre de fato é real.

No caso de Elo, minha presença era necessariamente muito constante, pois eu era chamada toda vez que ele ia ao hospital, acordo feito com outros profissionais para evitar que ele fosse medicado várias vezes ao dia, por médicos diferentes. Assim, nossa relação começa um tanto persecutória de minha parte, embora já houvesse uma receptividade de sua parte por eu atendê-lo durante as frequentes internações. Em sua fala, minha presença era denunciada como invasiva: passou a dizer que “quando vou para o meu mundo, você está lá”. Assim definia uma espécie de espaço paralelo que havia construído para si e que podia acessar, sempre que necessitava. Poderíamos dizer que se tratava de uma fantasia, porém, ele lhe conferia a característica de realidade. Assim, eu passei a estar presente em todos os seus espaços, num momento bastante dramático e crítico.

Nas sessões subseqüentes foi possível manejar esse amor transferencial, num arranjo que se convertesse a favor do sujeito. Ele mesmo trouxe a solução: disse que eu aparecia nos seus “sonhos” (referência ao mundo delirante) como uma maçã que estava no alto da árvore e ele, portanto, não poderia pegar. Eu fiz apenas concordar, ratificando sua solução. Isso aplacou a angústia dele e fez um corte na nossa relação, que foi enquadrada na questão profissional, de uma forma muito bonita: “Você foi a primeira psicóloga que me buscou”.

Ter sido nomeada “a primeira” inaugura uma série, ponto a partir do qual pode se fiar para a realização de outras produções significantes, delirantes ou não, que efetivamente o localizavam no mundo, no entanto, agora de forma articulada e não mais isolado em um mundo só seu. Além do mais, ser a primeira de uma série garante uma possibilidade de

seguimento após minha saída dessa instituição: “Agora vou fazer psicanálise”. Mas, o que é psicanálise, perguntei. “É contar a história de como me tornei quem eu sou”.

Assim, poderia dizer que esse paciente me ensinou, entre muitas outras coisas, que história, psicanálise e memória são construções que se fazem através das palavras.

Quer dizer, ao se apropriar da linguagem via sua narrativa, Elo calçou um lugar, um território subjetivo para ele, desta vez articulado transferencialmente, via a palavra que me destinava. Antes ele habitava o território delirante, o “mundo dos anjos”, dizia. No entanto, depois da maçã, que, no senso comum metaforiza o pecado original, o mundo dos anjos se humanizou. Algo pode finalmente permanecer inacessível, objeto deslocado do Outro, que impediu que fosse absoluto, invasivo ou perseguidor.

Na neurose, o objeto originalmente perdido (“objeto a”) inaugura uma série que norteia os caminhos do desejo. No caso de Elo, foi a maçã o objeto destacado via amor de transferência que propiciou uma separação do Outro que permitiu o engendramento do sujeito, ponto de partida para que sua história pudesse “parir-se”:

A partir da palavra separação, Lacan faz uma espécie de jogo de palavras, remetendo a um "engendrar-se", sentido pelo qual a separação promove algum acesso à liberdade, ainda que limitada. Separação supõe desaparecimento – parir-se, partir-se, apagar, esquecer. Evoca uma liberdade, uma vontade de sair, uma vontade de saber o que se é para além daquilo que o Outro possa dizer, para além daquilo inscrito no Outro (ROSA, 2017, p. 107).

Embora esse trecho aluda também ao apagamento e ao esquecimento, que se referem ao mecanismo do recalque originário operante na neurose como ponto de partida para o encadeamento do psiquismo, a correlação da separação com a partida continua válida. Não se trata da partição que divide o sujeito pelo significante e que por isso o sujeito nunca será completamente definido pelo sentido.

Como bem disse Elo, por ocasião de minha partida do hospital, ele daria continuidade ao trabalho com alguém que já tivesse passado pela “dor do parto”. Nesse ponto, a instituição propiciou uma passagem, uma mudança de posição, sem que ele fosse deixado cair ao parir-se enquanto sujeito, no entanto engajado no discurso de forma totalmente diferente.

Elo passou a habitar seu próprio discurso, articulando o lugar onde se encontra nele, com a busca por definir quem é. Essa construção vincula profundamente a questão a respeito do lugar de onde veio e para onde vai, ou seja, a sequência pela qual escreve e que se configura como seu destino, com a possibilidade de dizer quem ele é. Na versão mineira do Édipo: “oncotô, donqueuvim, proncovô?”, para retomar as perguntas do ser humano sobre

suas origens, que afinal fornecem as coordenadas da localização subjetiva, ou seja, “onde que eu estou? De onde que eu vim? Para onde que eu vou?”.

Nesse sentido, mesmo na ausência da função paterna operante na neurose, houve uma separação, tal qual ocorre primordialmente entre mãe e filho ou entre o sujeito e o Outro, que permite o nascimento do sujeito enquanto tal, toda vez que ele está autorizado a falar, ser agente do discurso, e não apenas seu efeito.

Assim, retomando os efeitos do discurso institucional, vamos manter em suspenso a temática propriamente do sujeito, para nos aprofundarmos na questão de como ocorre o processo de enganchamento a esse discurso.

Não é incomum, por exemplo, observarmos o apaziguamento de um “doente” ou familiar quando encontram na semiologia médica palavras onde se localizem, ou seja, fazem desse vocabulário, tão difundido e aceito culturalmente, matéria para seu território subjetivo.

No contexto da abordagem psicossocial, reconhecemos que a doença pode constituir um estatuto social e familiar que confere ao paciente uma existência, uma identidade a partir da qual se instauram relações.

Embora tenhamos a crítica da vertente alienante da fixação identitária a uma doença, por exemplo, via um diagnóstico, reconhecemos que, muitas vezes, o usuário é reconhecido neste e mais em nenhum outro lugar, podendo ser útil provisoriamente, como ponto de partida para o estabelecimento de outras identidades ou lugares de onde tal usuário possa reconhecer-se.

No vocabulário científico podemos encontrar a legitimação do sofrimento nas cifras constatadas por seu lugar nesse discurso e, através dessa legitimação, a dor deixa de pertencer àquele que sofre, propiciando alívio. O que predomina, portanto, é o efeito de nomeação que o vocabulário médico pode proporcionar.

Nessa perspectiva, fica claro que a preexistência de um saber designa de antemão um lugar para o doente, e não o contrário. Assim, embora possamos fazer um uso terapêutico desse lugar, cabe ressaltar que, se deixamos de questionar o caráter provisório dessas nomeações ou de considerá-las como apenas uma das demais modalidades discursivas (e, portanto, arranjos fictícios), corremos o risco de aniquilar sua potencial função simbólica de regular o Outro.

Aqui nos utilizamos da premissa de que a estruturação de um discurso visa a delimitar o Outro, na medida em que o enquadra em determinada lógica significativa. Não conceber sua lógica parcial é torná-lo onipotente, autoritário, aniquilante de qualquer possibilidade de

interpretação, perdendo a capacidade de ser um referencial simbólico que baliza o sujeito para ser um Outro que objetiva e aliena àqueles aos quais se propõe nomear.

Assim, o alojamento do sujeito no discurso institucional segue a lógica da entrada em quaisquer discursos, ou seja, é análoga à localização da criança no discurso materno, no sentido do que antecede e emoldura o sujeito. Ao sustentarmos essa afirmativa, evidenciamos a importância dos discursos que circulam e se sustentam não só na instituição, mas na sociedade de modo geral, e seu potencial em designar as trajetórias dos sujeitos que neles se articulam, que os habitam.

Ou seja, há um pré-determinismo do sujeito do ponto de vista da constituição linguística, o que aumenta a responsabilidade do analista quando este está inserido dentro da instituição. Podemos dizer que a função do analista poderia ser de acolher os termos do discurso trazidos pelos sujeitos, suas nomações ou rótulos, desde que esteja advertido que sempre haverá um resto, algo que escapa a essas alcunhas. Ou seja, cabe ao analista reservar um lugar, ficar do lado disso que resta, permitindo que o sujeito seja relançado na sua busca pessoal por nomação. É esse relançamento que permite o estabelecimento de uma trajetória para além do isolamento asilar e de uma movimentação para além da rigidez institucional.

Lacan, na Conferência de Genebra sobre o sintoma, em 1975, ressalta o foco do trabalho do analista no resto, que metaforiza como os detritos na água da linguagem:

Tenho visto muitas crianças pequenas, a começar pelas minhas. O fato de que uma criança diga talvez, ainda não, antes mesmo de ser capaz de construir verdadeiramente uma frase, prova que há algo nela, uma peneira que se atravessa, através da qual a água da linguagem chega a deixar algo para trás, alguns detritos com os quais brincar, com os quais necessariamente terá que desembaraçar-se (LACAN, 1998 [1975], p. 8).

Lacan, nesse momento de sua obra, se refere a um funcionamento da linguagem prévio à constituição psíquica através da representação, desenvolvendo o traço de memória, em especial o traço único (*einzigster Zug*) deixado pela linguagem, já apontado por Freud em “Psicologia das massas e análise do eu” (1987 [1921], p. 101) e que utilizaremos adiante ao falarmos do conceito de letra, como se escreve no inconsciente. O traço como marca que não significa nada, mas que deixa os vestígios (ou detritos) é fundamental na psicanálise, tanto na neurose, quando há a incidência do Nome-do-Pai, quanto na psicose, em que as marcas da linguagem propiciam outros arranjos.

Portanto, segue a questão de como o discurso institucional pode vir a alojar os sujeitos. Nesse sentido, na série de cuidados empenhados no dispositivo hospitalar e que

constitui uma certa “maternagem” (enquanto discurso prévio), é preciso também incluir a mediação da “paternagem”, ou seja, que algo da ordem regulatória da função paterna se faça presente, ou que ao menos haja alguma interrupção, algo que aponte o furo do discurso materno, descompletando-o, diminuindo seu poder.

Nessa operação, ao incluir uma outra dimensão ao que até então era uma coisa só, fica salvaguardado um lugar em potencial para o sujeito. É como se, ao abrirmos uma brecha no discurso, liberássemos uma parte para ser habitada pelo sujeito. Portanto, é a partir dessa falha que o sujeito é chamado a responder por si mesmo – daí o termo “responsabilidade”. Consideramos que autorizar-se a falar é uma função de responsabilidade:

se o sujeito não se autorizar a falar, a dar um nome aos objetos, permanecerá ligado ao objeto que é a mãe, de forma automática (...). O sintoma não é outra coisa senão o esforço do sujeito para libertar-se da dependência devida à forclusão. Portanto, o delírio, a fragmentação do corpo, autismo, melancolia são algumas estratégias para se curar, para sair do automatismo. Naturalmente a tentativa de curar-se. Segundo Lacan, fora de comunicação, do comum do simbólico. (...) O que o laço social fornece ao sujeito para reabilitá-lo permanecerá dentro da série dos objetos fornecidos pelo Outro materno. Nunca vai deixar o sujeito sair desta dependência (VIGANÒ, 1999, p. 52-53).

Este é um ponto importante para a prática dos analistas na instituição, permitindo-nos questionar o que de fato realizamos nesses serviços: ou seja, correremos o risco de continuar fornecendo os suprimentos (diagnósticos, medicações, normas etc.), ocupando a função do Outro materno, no sentido mencionado acima, de fazermos parte da série que não favorece em nada que o sujeito saia da situação de dependência enquanto alienação ao discurso institucional.

Essa seria uma diretriz conservadora, no sentido de debelar ou silenciar a crise, na manutenção de um estado anterior à sua irrupção. Uma outra posição, de fato consonante com a proposta psicanalítica, seria realmente abordarmos as produções sintomáticas como “um esforço do sujeito”, como disse Viganò, enquanto soluções positivas que nos indicam a direção do tratamento. Nesse sentido, o sintoma é um arranjo singular frente ao que resta e não se encaixa nos discursos.

O autor também ressalta que cada um dos muitos que compõem a instituição devem poder ser o vetor de uma resposta comum, de uma “declaração de ordem geral que reconheça a posição do sujeito; (...) trata-se sobretudo de presentificar um Outro no qual ele tem um lugar” (ZENONI, 2000, p. 18). Ou seja, que a instituição possa ser um território propício à

articulação do sujeito, à delimitação de um território subjetivo enquanto meio para se apropriar de sua memória.

Acolher o que o paciente tem a nos dizer é dar lugar à sua fala, legitimando-a como terreno onde possa se localizar. Utilizando-nos da metáfora da linguagem como água em que todos estamos banhados, na ausência da peneira do Nome-do-Pai que filtra essa água, que possamos fazer poça. Terreno onde “poça” (possa) se localizar.

Essa delimitação no Outro da linguagem é o que possibilita a perspectiva do sujeito em psicanálise. Autorizar-se a falar supõe essa localização. Sob essa perspectiva, fala-se “a partir de” algum lugar.

Esse lugar é o que chamamos de território subjetivo que permite localizar efetivamente a questão existencial de “quem sou?”, vinculando-a à pergunta “de onde eu vim?”. Essas perguntas evidenciam a organização dos sujeitos na estrutura neurótica, ou seja, vinculadas ao pai para se situar nessa trama familiar originária: são questões edípicas.

A psicose vai se alojar na linguagem de uma outra forma. Seu uso singular da linguagem e que, no senso comum, faz parecer que está dizendo coisas sem sentido, seria justamente porque para o psicótico a palavra pesa como coisa material.

Para descrever essa propriedade material do significante Lacan inventou o neologismo “*motérialisme*”, condensação de *mot* (palavra) e *materialisme* (materialismo) (LACAN, 1998 [1975], p. 125). Podemos entendê-lo como o corpo da palavra, a estrutura do significante articulada no campo daquilo que se rabisca na escrita, ou seja, antes de estar atrelado a uma significação. É nessa concepção que Lacan recorre à letra a partir de seu texto chamado *Lituraterra*. Aqui, mais uma vez entendemos a terra como matéria-prima da linguagem-mãe.

Em *Lituraterra* (2003 [1971]), Lacan usa a metáfora da nuvem da linguagem que faz escrita, quando se refere aos riachos que vê do avião sobre a Sibéria e que talvez tenha nos servido para tentar dizer da posição do psicótico na linguagem como “poça”, fronteira que delimita território no limiar da água como linguagem que a tudo banha. Lacan chama essa posição de litoral: “O litoral é aquilo que instaura um domínio inteiro como formando uma outra fronteira, se vocês quiserem, mas justamente por eles não terem absolutamente nada em comum, nem mesmo uma relação recíproca” (LACAN, 1985 [1972-1973], p. 108). Podemos dizer “inteiro” porque não passa pela escansão do significante, podendo ser (*l'être*) apenas uma escritura (*lettre*, letra/carta) sem sentido em comum, inconciliável, e que por isso só se encontra no litoral. “A letra delinea, portanto, um litoral entre o real e o simbólico, (...) é isso que do litoral faz terra” (p. 113).

“A escrita é um traço onde se lê um efeito de linguagem. É o que se passa quando vocês garatujam alguma coisa” (LACAN, 2003 [1971], p. 164). Essa vertente da letra, tal como é concebida por Lacan, se diferencia do significante por não estabelecer relações (considerando que o sentido é a relação entre dois significantes), mas por fixar pontos de partida.

A localização dentro do discurso institucional será útil na medida em que permitir que a relação com o Outro possa ser colocada em jogo, quando o "sujeito vem jogar sua partida", como disse Lacan no *Seminário 11* (LACAN apud ROSA, 2015 p. 107), fazendo uma brincadeira com a palavra “partida”, segundo a qual a dimensão do sujeito enquanto invenção possa acontecer. A representação dentro de um discurso próprio pode ser tanto pela articulação do sujeito por meio da lógica delirante quanto pelo saber-fazer com a dimensão sem sentido da letra.

Dito de outra maneira, a memória social da instituição pode favorecer a elaboração de uma memória, enquanto território subjetivo, junto àqueles que passam por ela, no sentido de permitir uma inscrição em meio aos seus códigos de linguagem ou uma escritura a partir de sua linguagem.

Passando do território institucional à desinstitucionalização, o direito à palavra deve servir para que os pacientes o utilizem como ponto de partida, para finalmente deixá-lo:

façam sua instituição na instituição, para que seja destituída desse lugar e o paciente a deixe (...) Às vezes é preciso tornar presente a lei, função proibitiva do pai, terceiro, identificar a instituição e seus regulamentos enquanto substitutos do pai; necessário mas insuficiente, pois sobre a base do não, é desejável o sim à invenção (STEVENS, 2003, p. 21).

Em nossa leitura, Stevens está fazendo alusão à função instituinte que a instituição pode desempenhar junto ao sujeito, tal qual função paterna, que autoriza o sujeito, que permite que ele nomeie o mundo a partir de si mesmo e não apenas como reflexo do discurso materno. Seja através do Nome-do-Pai, seja através de outras formas de organização psíquica, é a partir da delimitação de um território subjetivo que o sujeito pode advir enquanto invenção própria.

Benedeto Saraceno (1999), importante expoente da Reabilitação Psicossocial, recomenda entendermos a palavra “reabilitação” não no sentido médico-ortopédico de reestabelecer as condições plenas a algo que se rompeu, ou mesmo no sentido de readaptação, mas no sentido jurídico, por tratar-se justamente das condições que habilitam os sujeitos a fazerem uso da palavra a seu favor, na constituição de um território subjetivo.

Assim como Saraceno, podemos dizer que a psicanálise também visa às condições jurídicas do sujeito, na medida em que confere importância à função paterna enquanto lei simbólica que o habilita. Podemos, todavia, estender a fala sobre reabilitar o sujeito às demais formas de apropriação da linguagem. Nessa perspectiva, o “direito” à fala coincide na Psicanálise e no Direito.

Sonia Alberti situa a questão da responsabilidade como direito ao exercício da singularidade:

Cada um o fará como pode se lhe é dada a possibilidade de se situar como sujeito – eis a grande contribuição da própria psicanálise (...). A psicanálise não só promove o que está nos fundamentos da política de saúde mental – levar em conta que cada cidadão, independentemente de sua estrutura psíquica e do mal do qual porventura se queixe, é digno de ser identificado como pessoa –, como também avança nessa orientação política e a faz avançar, definindo o que é esse sujeito – ser falante que tem direito ao exercício da singularidade que, por fazer parte da definição de sujeito, não pode ser maior ou menor conforme o caso: ela não é relativizável e é por isso que cada um tem a possibilidade de se exercer na sua, se o quiser e se assumi-la por sua conta e risco (ALBERTI, 2008).

4.2 Derivas políticas entre o sujeito e a memória social

Pensar a responsabilidade que cada um assume perante à memória social e aos discursos que a compõem, acarreta também em uma posição política. Não somente os usuários da saúde mental, mas todos nós estamos sujeitos a sermos tomados por um discurso dominante ao qual nos submetemos.

Assim são os discursos que se apresentam como predominantes em nossa sociedade e ainda mais os discursos radicais (como podem ser alguns discursos religiosos, por exemplo) ou quaisquer práticas totalitárias. Esses discursos consistem justamente em não darem margem para as singularidades ou diferenças. Devemos considerar também que o estabelecimento da memória oficial tende a preferir tantas outras que certamente também compuseram um território, por exemplo.

Essa é a lógica que rege todo discurso e toda sociedade, seja no nível do sujeito, seja no âmbito da organização social. Somos regidos por significantes mestres: um sujeito foi marcado pelas insígnias paternas que lhe permitiram se separar do outro materno a partir de sua entrada nessa relação, até então dual. Podemos considerar que essa herança foi dupla, tanto na inauguração da falta, que abre caminho para o sujeito na busca pela resolução do enigma do desejo, quanto na nomeação que a função do pai propicia, veiculando sua própria

forma de se localizar no Outro. Numa neurose, o sujeito consente com o que seu pai "diz" e o interioriza como seu. Por isso dizemos que o sujeito deve se apropriar de sua herança, ou seja, se apropriar das insígnias paternas de sua própria maneira.

O pai, portanto, veicula o Outro na medida que o ordena (tal qual também lhe fora veiculado os significantes materiais e simbólicos que igualmente lhe antecederam) e é esta transmissão que dá chão simbólico para os sujeitos. Assim, podemos dizer que, na neurose, o sujeito coincide com o território subjetivo, lugar herdado pelo pai, ou seja, tal qual fora demarcado pelo pai, mas também trilhado pelo filho.

Por isso dizemos que o território ao qual pertencemos, onde estão cravadas as nossas raízes, são importantes, pois representam as nossas origens: a partir disso sempre iremos olhar o mundo através dos óculos⁴⁵ do pai (ou do que exerceu essa função para nós). Portanto, a não ser que sejamos psicóticos (que também vão sofrer as incidências dos significantes-mestres em vigor na sociedade por outras vias), todos vamos estar submetidos aos óculos do pai, que interiorizamos como nossa forma de ver o mundo. Esses óculos são exclusivos de cada filho, mas se relacionam ao fato de que seu pai também usava, assim como seu avô e assim sucessivamente. Ter que se responsabilizar como sujeito é responsabilizar-se por tudo que se faz de posse desses óculos (ou o que faz dentro do território que o pai demarcou.)

Essa é a lógica da constituição psíquica que, em sua fundação, repete o ato civilizatório; ou seja, a partir do estabelecimento de um lugar vazio, assume-se a responsabilidade como sujeito. Essa é a lógica decorrente da morte do pai primevo, assim como da própria constituição psíquica do sujeito, ao consentir-se faltante frente ao pai, cujo significante é incorporado como lei. Não por acaso, essa lei é organizadora ao mesmo tempo, do psiquismo e do laço social. Dessa perspectiva, considerar as diferentes formas de funcionamento psíquico é também buscar novas formas de organização social.

O que a psicanálise vem dizer é que, embora tenha havido uma escolha na base da constituição do psiquismo enquanto memória e que denominamos sujeito, ele abarca uma multiplicidade de memórias que vai além das representações conscientes. Assim, restringir o

⁴⁵ Esse recurso de expressar por meio do uso dos óculos as relações das estruturas neurótica, psicótica e perversa com a lei simbólica paterna foi utilizado por Marcus André Vieira, em seu texto "O inconsciente a céu aberto" (2009, p. 66). Ele acrescenta uma outra analogia, para dizer que o termo 'simbólico' oscilou muito no decorrer da obra de Lacan, sendo muitas vezes sinônimo de linguagem (portanto, os óculos do pai); "depois, foi largando essa ideia, e o simbólico não é mais só os óculos do pai, o simbólico é todo o conjunto: ônibus, número, cores, letras" (ou seja, abrange também todas as coisas captadas por meio dos óculos). Essa mudança estaria indicada a partir do Seminário 10.

funcionamento de alguma pessoa ao seu pensamento consciente seria tão totalitário quanto restringir o funcionamento social a um único discurso.

Esse paralelo nos serve para pensar a vinculação da estruturação do nosso psiquismo e memórias com a leis sociais e a forma que estas organizam o nosso funcionamento simbólico.

A respeito, encontramos uma citação que conjuga o “Totem e tabu” à “Psicologia das massas” freudianos: “Por sermos animais de horda conduzidos por um chefe (FREUD, 1987 [1921]), agrupamo-nos de acordo com o pensamento – que ocupa aqui o lugar do chefe – que nos parece o mais correto” (CECCARELLI, 2009, p. 931).

Ou seja, assim como um líder, a lógica que vigora na organização psíquica e que deriva da organização social, domestica-nos e nos mantém cativos de seus parâmetros. Ou seja, nos fornecem os óculos que mediam a nossa relação com o mundo, embora também restrinjam o nosso campo de visão – imaginemos as hastes dos óculos como molduras, fora das quais não se pode enxergar mais nada: o uso dos óculos “vicia”, condiciona a nossa visão de mundo. Nessa perspectiva retórica, a loucura sempre será transgressora e libertária. Ou, dito pela ótica do território, será sempre nômade pelas terras infindas.

Mudar os comportamentos instituídos socialmente e o funcionamento de suas instituições, portanto, “reformá-las”, jamais poderia ser algo simples. Como seres de linguagem estamos constituídos intrinsecamente pelos discursos que habitamos. Questionar os paradigmas das pessoas, nesse sentido, seria também questioná-las em suas memórias mais íntimas, o que diz respeito a determinados arranjos da estrutura subjetiva sobre a qual se organizam. Assim, motivos altamente pessoais estão por trás das controvérsias pretensamente racionais. Segundo a psicanálise, torna-se desejável acessar as determinações primordiais das nossas experiências inconscientes, permitindo assim alguma maleabilidade.

Na contramão da proposta libertária da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial, notamos atualmente o arraigamento dos sujeitos a pressupostos cada vez mais rígidos em nossa sociedade: orientações políticas extremamente conservadoras, higienismo, racismos, homofobia, fundamentalismos religiosos, entre outros, que têm resultado em atos violentamente segregativos e aniquiladores da diferença, sobretudo no que diz respeito às mencionadas minorias.

Talvez uma grande colaboração a partir da psicanálise seja acessar, desvendar e denunciar o funcionamento deste mecanismo de adesão aos discursos totalitários, buscando outras possibilidades subjetivas que, afinal, seriam também políticas.

Isso nos permitiria considerar a perspectiva de outras formas de laço e organização social, alternativas à psicologia das massas freudiana, cuja coesão era assegurada pelo pai, em

relação ao qual os componentes da comunidade se posicionavam verticalmente, para identificarem-se mutuamente enquanto irmãos. Como podemos entender essa característica psíquica humana em buscar um líder, vértice de identificação e organização social? Podemos associar a adesão a um discurso dominante como uma modalidade de referência ao pai? Certamente todas essas questões não poderão ser desenvolvidas aqui, mas gostaria de deixá-las no horizonte, como uma paisagem derivada do trabalho entre território subjetivo e memória social realizado aqui.

Podemos dizer que a escolha subjetiva de se alojar em discursos totalitários poderia ser uma forma de evitar deparar-se com o que há de mais original em si mesmo, evitar assumir-se enquanto sujeito; um assujeitamento no duplo sentido: de submeter-se ao discurso totalitário dominante e também de não implicar-se enquanto sujeito, sem responsabilizar-se frente à sua posição de sujeito.

Essa posição subjetiva nos remete ao mecanismo infantizado, em que a criança, por seu ser desamparado e dependente, necessita das mãos fortes de um pai a lhe guiar. Seria a recusa em trilhar seu caminho enquanto sujeito. De modo figurado, seria um subterfúgio para se desresponsabilizar pelo seu lugar de sujeito e por sua forma de gozo. Para isso, se fazem necessárias normas totalitárias, que assegurem sob o recalque (que não funcionaria a contento, suficientemente operante como ocorre nos mecanismos onde se instalam os sujeitos neuróticos) o conteúdo ameaçador, perigoso, estranho, que se torna cada vez mais ameaçador, na medida em que há uma recusa em se lidar com eles, nomeá-los e assumi-los enquanto sujeito. Com a mesma força que se repele o estranho em si, busca-se aniquilar a diferença que há no outro, no vizinho que, de alguma forma, remete-o à diferença que se recusa a ver.

Buscar uma força externa que normatize ou regule o funcionamento do sujeito é uma forma de não consentir ao recalque, ou seja, é uma forma que beira a perversão. Na estrutura perversa, o sujeito recusa os óculos do pai. Ele não aceita se submeter à lei que seria interiorizada e compartilhada no laço social, para poder gozar mais de seu funcionamento. Ele não quer compactuar nada para além do que lhe beneficia (lembrando que, na psicose, não se compartilha do funcionamento proporcionado pelos óculos, nem tampouco se tira vantagem deles).

Nesse contexto, o apelo ao pai totalitário não seria propriamente a assunção de um lugar subjetivo, mas uma tentativa de demarcação à força da fronteira de um território que não pode ser mediado por uma elaboração mais sutil, com margens mais maleáveis, porque simbólicas.

Seria um apelo ao pai da horda vivo, pois, do contrário, teriam que deixar vago seu lugar e assumir a responsabilidade conjunta por meio do pacto social. Talvez seja a identificação ao pai primevo não castrado, que goza totalmente, como recusa a submeter-se ele próprio à castração. Assim, pode-se sonhar em algum dia fazer o que ele faz, mas de forma incólume, sem as perdas do sujeito, mas também sem seus efeitos criativos. Não haveria riscos, pois as “mãos de aço” impediriam qualquer ímpeto na direção desejante. Como consequência disso, segue-se gozando de outras formas: narcisicamente ou exercendo sua pulsão de morte de maneira ilimitada, muitas vezes eliminando o diferente.

Podemos fazer a analogia de que na atualidade o funcionamento social que se guia pelo mercado (que na verdade não guia e nem regula nada) replica esse pai primevo na medida em que o capitalismo fornece a ilusão de que cada um pode atingir o lugar de privilégio do gozo. Essa lógica, que, na verdade, não inclui nenhuma lei que possibilite a mediação com os outros, ao contrário, impele a se sobressair sobre eles, inclusive a utilizá-los para atingir seus fins.

O homem não é uma criatura tenra que precisa de amor, que só ousaria se defender se fosse atacada, mas, ao contrário, um ser cujas disposições instintivas deve incluir-se também uma boa parte da agressividade. Portanto, o próximo não representa apenas um possível parceiro e objeto sexual, mas também a tentação de satisfazê-lo em sua agressividade, de explorar sua capacidade de trabalho sem retribuí-la, de abusá-lo sexualmente sem o seu consentimento, para apoderar-se de seus bens, humilhá-lo, causar-lhe sofrimentos, martirizá-lo e matá-lo. *Homo homini lupus*: quem se atreveria a refutar esse ditado, depois de todas as experiências da vida e da história?” (livre tradução) (FREUD, 1987 [1930], p. 126).

Por outro lado, se aqui estamos discutindo a questão da exclusão social, teremos também que considerar que a inclusão se dá por meio do discurso do mestre, ou seja, através dos significantes próprios da época e dos discursos regidos por eles. Sob essa perspectiva, todo discurso identifica, de forma menos ou mais taxativa: “Cada discurso o faz de maneira diferente: com papéis, títulos, conhecimentos, ideias, sentido, tradições ritos, habilidades, princípios, direitos e deveres” (BORDERIAS, 2017, p. 2)

Certamente, faz diferença poder variar das classificações do DSM, por exemplo, até outras formas identificatórias mais permeáveis a que algo do sujeito se aloje em seus vãos e entrelinhas. Nessa concepção, poderíamos dizer que a inclusão permitira mais o acolhimento, do que a integração propriamente dita, sobretudo ao propormos uma transformação da memória social a partir das diferenças, reintroduzidas pelas memórias singulares.

Acolher, nomear, conversar é a direção, já que não consentimos com o pai totalitário ou da Horda. Combatê-lo é o que possibilitará sustentarmos, seja intimamente, seja na cidade, nossas vertentes mais desejantes.

4.2.1 Crise como oportunidade de reconsiderar as memórias sociais oficiais

Uma outra maneira de relacionar as reflexões acerca do sujeito com as proposições a respeito do funcionamento social, ou seja, conjugar a clínica com a cidadania é entender e abordar a “crise” psíquica como um fenômeno *êxtimo*. Assim, a crise passa a ser entendida como momento em que os valores até então estabelecidos deixam de suportar as existências, tanto no âmbito da particularidade do sujeito quanto dos aparatos sociais.

Partindo do princípio de questionar a cronificação de paradigmas, lembramos que muitas das reflexões aqui apresentadas foram frutos da atuação dentro de instituições hospitalares, entendendo que esse dispositivo ainda ocupa uma função na rede de serviços, respondendo de um lugar a ser desconstruído socialmente.

Nesse caso, espero que tenha ficado clara a perspectiva do trabalho cotidiano de intervenção clínico-política, na qual o hospital passa a ter a função de território articulador permanentemente à rede local que ampara seus usuários, tanto os recursos oficiais dos serviços quanto os informais (pessoais, familiares, sociais).

Assim, devemos partir do pressuposto que é do ato de articular que se tece artesanalmente a rede, suporte pragmático e simbolicamente necessário para a constituição de memórias próprias que só poderiam advir da rede da memória social, num movimento de causação recíproca.

Dessa perspectiva, romper a cronicidade dos discursos que sustentam as memórias dominantes é o que permite a ressignificação ou reconstrução (re-criação) das memórias sociais oficiais. Devemos conceber essa criação como “recreação”, ou seja, aquilo que favorece o entrelaçamento do sujeito, o entretém, fisga pela via da diversão, do prazer, no entanto de maneira distraída, sem que esteja fixado ou aferrado ao significante mestre como palavra de ordem, tal qual ocorre nos discursos totalitários.

No que diz respeito à quebra de paradigmas cronificados, nosso horizonte é que o hospital psiquiátrico seja gradativamente “reformado”, para que finalmente possa desaparecer. No entanto, não devemos aqui entender horizonte como vaga utopia, mas como referente a partir do qual nos orientamos e em direção ao qual nos movemos.

Nesse sentido, os trabalhadores da saúde mental possuem um ideal. Como psicanalista, diria que cabe a cada um encontrar o que lhe causa particularmente para

vincular-se ou não a esse propósito, pois somente a partir deste lugar implicado enquanto sujeito poderá genuinamente contribuir.

Essa perspectiva ressoa com a já mencionada proposta do “analista-cidadão” de Éric Laurent (1999, p. 15), como aquele que busca transmitir um saber extraído da singularidade do sujeito. A visada da busca por algo que favoreça um maior número de pessoas, remete-nos à dimensão da coletividade, seja na saúde pública ou da perspectiva da memória social.

Além disso, cabe ao analista interpretar qual ideal nos nomeia, o que implica em interpretar o que se institui na política, tratando de operacionalizar a civilização que queremos, favorecendo, por exemplo, discursos públicos menos segregatórios (MILLER, 1999; LAURENT, 1999). Entendendo política como a forma através da qual os discursos e poderes se organizam, dependem dela as “palavras de ordem”, por assim dizer, que regem tanto o funcionamento social quanto os norteamentos subjetivos.

Laurent assinala que “há uma comunidade de interesses entre o discurso analítico e a democracia” e entendemos tal colocação para além do postulado mínimo do direito de cada um poder dizer o seu ponto de vista. Ele aponta que “a democracia e o laço social são coisas muito frágeis, baseadas em um manejo delicado das crenças sociais. As crenças sociais são ficções, mas são ficções que se deve respeitar, que se deve tratar” (LAURENT, 1999, p. 14).

Podemos dizer que as ficções sociais devem ser respeitadas inclusive porque nelas se apoiam as ficções pessoais. Ressaltar essa dimensão ficcional implica admitir ou supor que não há um bem supremo ou último, restando-nos apenas o debate democrático.

Assim, no que diz respeito ao debate social, Laurent critica a posição do analista como um vazio. Conceber epistemologicamente que todo sujeito parte desse vazio na construção de suas ficções não implica necessariamente seu silêncio frente à esfera pública. Nessa posição, na concepção da psicanálise como prática da eterna desidentificação, terminaria seu papel histórico.

Em contrapartida, propõe o engajamento do analista no debate social:

Os analistas, se são cidadãos úteis, são avaliadores das práticas de uma civilização no campo da saúde mental, entendido como o campo efetivo das diferenças com respeito às normas. (...) Nesse sentido, (o analista) é o que ajuda a civilização a respeitar a articulação entre normas e particularidades individuais. (...) Assim, com os outros, há de ajudar a impedir que, em nome da universalidade ou de qualquer universal, seja humanista ou anti-humanista, esqueça-se a particularidade de cada um. Esta particularidade é esquecida no Exército, no Partido, na Igreja, na Sociedade analítica, na saúde mental, em todas as partes (LAURENT, 1999, p. 8).

Essa definição da saúde mental como “o campo efetivo das diferenças com respeito às normas”, ressaltando que a universalização das normas está em todas as partes (inclusive no sofrimento que não encaixa e aparece numa análise, por exemplo), nos situa, adverte e orienta com relação à nossa prática como analistas na saúde mental. Além do mais, incluir a dimensão do “com os outros” localiza a posição do analista como eminentemente política, na construção da memória social que queremos.

CONCLUSÃO

Este trabalho se orientou desde o início na direção causada pelo enigma do termo “memória social” que, a nosso ver, conciliava a perspectiva de algo íntimo e compartilhado ao mesmo tempo, remetendo-nos imediatamente à concepção do inconsciente tal qual o entendemos em psicanálise. A combinação dos significantes “memória” e “social” foi o mote para o desenvolvimento desta pesquisa.

Retomar conceitualmente os princípios da constituição do psiquismo na teoria freudiana e lacaniana, sob a perspectiva da memória, nos forneceu subsídios para endossar o imbricamento entre a memória social e a memória do sujeito.

A memória nasce relacionada ao encontro com o Outro, que o acolhe e o inclui no mundo simbólico. Como vimos, a memória é construída pelos estados de desejo e no momento da procura do objeto: uma primeira experiência de satisfação marca um primeiro traço de memória como fundador do aparelho psíquico. Portanto, a memória não seria um atributo, mas originária da estruturação e funcionamento do psiquismo.

Por outro lado, a proposta transdisciplinar da memória social de dialogar com variados campos do saber, propiciou-nos explorar as consequências da abordagem da memória entre a clínica e a problematização das questões sociais, já presentes em nossos interesses desde a nossa atuação na saúde mental.

O trabalho com a subjetividade no campo da saúde pública explicita o atravessamento constitutivo dos domínios privado e público, uma vez que contempla o cuidado do Estado sobre os corpos e subjetividades distintas. Assim como, pelo acesso a diferentes camadas da população, a saúde mental também propicia considerar realidades socioeconômicas e culturais muito variadas, vislumbrando a especificidade das incidências dos discursos presentes no social sobre as subjetividades em questão.

O entendimento dos discursos como construções de linguagem que compõem a memória se iniciou dentro da Saúde Mental, onde visávamos abordar a especificidade de cada discurso que circula pela instituição e seus efeitos sobre os sujeitos que se articulavam a eles, norteados basicamente pelas éticas da tutela, da interlocução e da ação social. Nesse ponto, no que diz respeito à adesão a diferentes paradigmas, encontramos em Freud, na conferência “Psicanálise e psiquiatria” (1987 [1916-1917], p. 291), a sinalização dos “motivos altamente pessoais que motivam as controvérsias científicas”. Essa afirmativa, a nosso ver, subverte e interroga a instituição de todo discurso ou memória estratificada e unívoca que possa vigorar socialmente, uma vez que aponta para uma dimensão sempre particular do saber.

Tal perspectiva foi desenvolvida neste trabalho por meio da abordagem do conceito de realidade psíquica, como uma colaboração muito específica e decisiva da psicanálise acerca da memória. Do ponto de vista epistemológico, os “motivos pessoais” configuram um saber inconsciente que interdita as especialidades, interrogando as ordens disciplinares.

Ainda sob a perspectiva transdisciplinar, buscamos desenvolver a confluência de algumas elaborações de Foucault com a teoria psicanalítica, no que diz respeito ao vazio originário dos discursos, que relacionamos também aos fatores a-históricos considerados por Nietzsche, e os restos que caem da narrativa trazidos por Walter Benjamin. A interlocução com esses autores visou explorar as consequências do vazio originário entre o sujeito e a cultura e da transmissão da memória social como o mais íntimo que vem de fora, ou seja, o vazio que está no cerne do funcionamento inconsciente, tenciona e motiva enquanto devir as construções em comum. Obviamente, o aporte teórico da psicanálise e sua releitura lacaniana funcionaram como lentes utilizadas para nossas análises. O neologismo lacaniano *extimidade*, que designa a “exterioridade íntima”, compareceu em vários momentos e com frequência para enfatizar o atravessamento entre o dentro e o fora, o profundo e a superfície, entre a psicanálise e a política.

No entanto, procuramos, ao longo deste texto, nos aproximar mais especificamente das incidências do inconsciente, intimamente relacionado a esse Outro tão amplo que abarca todas as produções humanas, tais quais se expressam na vida das pessoas e na cidade. Partimos do conceito de território utilizado na saúde mental, como conjunto de referências que marcam, delimitam e emolduram o cotidiano de cada um, para fazer a sua leitura através da lógica significante, como marcas materiais e simbólicas que suscitarão um ato de resposta que chamamos “sujeito”. Assim, chegamos ao território subjetivo como um alojamento do sujeito naquilo que lhe abriga e lhe dá chão, norteando sua subjetividade.

A colaboração de Halbwachs acerca da memória, a meu ver, nos instrumentalizou para pensar a perspectiva do território como apropriação específica da memória num contexto mais circunscrito ao sujeito. Poderíamos dizer que o território o circunscribe. Nessa perspectiva, o território coincide com o território subjetivo.

De acordo com o conceito de memória coletiva de Halbwachs, há uma memória que assegura a transmissão simbólica num grupo, conferindo-lhe estabilidade e configurando-o enquanto grupo. Concluimos com o autor que, se não há uma memória universal, só poderia haver apropriações específicas da memória, a partir das experiências compartilhadas, cheias de sentidos, imagens e vazios, para aludir ao Simbólico, ao Imaginário e ao Real, os registros

essenciais da realidade humana, respectivamente, tal como propostos pela teorização lacaniana.

Do ponto de vista simbólico, as marcas carregam as influências do mundo globalizado, numa versão própria. Já as marcas materiais dizem respeito ao que escapa ao sentido, ao que *ex-siste* ao simbólico e serão marcas mais cruéis onde o suporte simbólico faltar. Isso vale para os psicóticos e para a população excluída dos suportes institucionais que organizam a vida social, ou seja, ordenam as marcas em conjuntos.

Admitir e demonstrar o território como memória coletiva é também defender a multiplicidade das memórias na cidade, assim como as diversas possibilidades de constituição de territórios subjetivos como memórias singulares.

Com essa prerrogativa, escutamos o território por intermédio dos sujeitos, encontrando versões diversas frente aos impasses que se colocavam coletivamente. Nos fragmentos de casos relatados, constatamos na fala de Valquíria a formação clássica dos sintomas numa neurose. Ou seja, os conteúdos inconscientes se associam a outras representações, correspondentes às ideias originalmente recalçadas – como vimos, o significante “boca”, que aparece na passagem ao ato da mãe ao tapar a boca do filho, remetia à cena traumática dos assassinatos cometidos pelo ex-namorado, dono da “boca” de fumo, e assim buscavam elaboração. Esse caso também nos revelou como os fatores da esfera íntima aparecem interligados aos avatares da vida social, quando o desamparo de Valquíria se mostra duplo, tanto como filha preterida pelo pai, mas também como excluída do funcionamento instituído socialmente, num lugar fronteiro, marginal.

Em outros casos, a escuta apenas acolhia o testemunho de cada sujeito, como forma de reconhecimento, frente ao horror das experiências, quando a violência vivenciada se impunha de fora, de maneira maciça e aparentemente intransponível. A escolha subjetiva de Maria foi não se deixar abater e resistir, retornando para o campo social o efeito da escuta sobre ela, buscando intervir ativamente contra o extermínio policial dos jovens negros em suas comunidades. Pensamos que, ao identificarmos a dimensão mortífera das pulsões inconscientes, como algo que também se impõe ao nível das instituições e acontecimentos no social, poderemos buscar formas menos danosas de abordá-las.

Uma outra colaboração possível entre a psicanálise e a memória é admitir tais acontecimentos como fruto da exclusão social, impedindo que sejam tratados como patologias psiquiátricas a serem medicalizadas, intercedendo assim a favor das produções dos próprios sujeitos, visando favorecer as formas de elaboração singulares que serão construídas frente ao drama comum que se impõe. Assim, defendemos que dessas narrativas poderão advir a

verdadeira resistência aos discursos e memórias excludentes, segundo a ideia de “escovar a história a contrapelo” (1987 [1940], p. 224), que encontramos em Walter Benjamin.

A psicanálise questiona o que podemos extrair daquilo que segregamos em prol de uma reconfiguração no funcionamento do sujeito. Essa mesma lógica nos possibilita interrogar como as diferentes memórias excluídas e segregadas, seja nas psicoses, seja nas classes sociais marginalizadas e periféricas, localizadas na borda dos discursos oficiais, podem servir para ressignificar as memórias sociais oficiais.

Não seria esse o “ouro” do conto evocado por Benjamin (p. 224)? Nesse conto, o pai moribundo indica aos filhos que há um campo que contém enterrado um tesouro. Os filhos cavam e mexem na terra sem encontrarem o tesouro, ao passo que a terra se torna fértil e produz a melhor colheita. Portanto, a preciosidade que se transmite não estivera enterrada, mas no escavar que fertiliza a terra. Podemos dizer, então, que a escuta é o instrumento do qual podem dispor os analistas para tornar os territórios mais férteis.

Nesse mesmo intuito de revolver as memórias constituídas visando a oxigená-las para dar-lhes novo vigor, recuperamos a memória da loucura, desde a época que era valorizada socialmente até a Racionalidade Moderna, quando passa a transgredir a moral racional. Nesse contexto, surge o conceito de doença mental, concomitante ao nascimento da psiquiatria, segundo o qual o cuidado sempre foi atrelado ao controle e vigilância dos cidadãos por parte do Estado. Buscamos evidenciar o lugar privilegiado do discurso psiquiátrico em nossa memória social oficial e interrogar suas consequências ao considerar os discursos como produtores de subjetividade.

Dentre os discursos que pretendem desinstitucionalizar o saber psiquiátrico, relatamos os princípios da Psiquiatria Democrática Italiana, que visa a uma ruptura da causalidade linear entre doença-cura, propondo a reconstrução constante do sujeito histórico. Tal princípio está em confluência com nossa perspectiva, dentro da memória social, de valorização da história viva, transmitida e incorporada enquanto memória pelo próprio sujeito.

Observamos as incidências efetivas dos discursos, ou seja, as implicações das ações realizadas (dispositivos de cuidado, políticas públicas, leis etc.) sobre os aspectos subjetivos e culturais ou no sentido de favorecer, ou de dificultar, a dimensão criativa. Destacamos a importância conferida pela Reforma brasileira à ressignificação dos aspectos ideológicos acerca da loucura, buscando a superação dos limites do debate para além dos meios especializados, favorecendo a inserção da loucura na memória social dos territórios.

A preconização do território como foco das ações para a saúde mental, em sincronia com a valorização de sua memória coletiva, surge como uma consequência lógica da

desospitalização e da desinstitucionalização do saber psiquiátrico, ao mesmo tempo em que abarca a questão da riqueza simbólica oportunizada no cotidiano comum e, sobretudo, em comum. Na reinserção psicossocial, a prerrogativa é recriar os recursos sociais a partir dos pontos de escape representados pela figura da loucura e não adequá-la simples e normativamente à sua comunidade. Ao recriar recursos sociais, mobilizamos as memórias e propiciamos a reconfiguração da memória social.

Do ponto de vista do funcionamento do inconsciente, só caberia ao analista desinstitucionalizar. Assim como propor uma instituição onde lugares de onde provêm os discursos sejam provisórios, assumidamente fictícios, cujo objetivo é favorecer a produção de estruturas discursivas múltiplas, que possam acolher o sujeito. Nessa perspectiva, os discursos são territórios.

A perspectiva da singularidade, a princípio, permite a desterritorização dos rótulos, para depois ressituar o sujeito em algo muito mais fundamental, que se encontra para aquém e além dos rótulos. Nele se situa o território subjetivo no qual o sujeito se reestabiliza após essa espécie de crise induzida que é uma análise.

Uma outra maneira de relacionar as reflexões acerca do sujeito com as proposições a respeito do funcionamento social é entender e abordar a “crise” psíquica como um fenômeno *êxtimo*. Assim, a crise passa a ser entendida como momento em que os valores até então estabelecidos deixam de suportar as existências, tanto no âmbito da particularidade do sujeito quanto dos aparatos sociais.

Se, por um lado, a crise aparece como possibilidade de ruptura com a repetição dos mesmos e velhos discursos, sua abordagem clínica evidenciou a necessidade de recriar os discursos, gerar novos e imprevisíveis arranjos do inconsciente nos corpos dos sujeitos e no corpo social. É preciso estabelecer novos laços (re-lações), tornando-as possíveis: mais amenas nas situações agudas, mais intensas e vivificadas na cronicidade, gerando, enfim, reenlaces habitáveis nos discursos e no território.

Essa é a perspectiva da rede de recursos para que o sujeito psicótico não seja deixado cair. A metáfora da rede aparece várias vezes, como multiplicidade de dispositivos, constituídas de enlaces e lançada ao território. Rede de palavras capaz de constituir uma imersão própria neste mundo confeccionado de linguagem, no alinhavo da memória.

Na neurose ou na psicose, devemos construir uma história, ali onde as palavras faltaram ou excederam, ali onde a ausência ocupou o lugar da lembrança. Construimos junto ao sujeito um texto que o torne legível e constitua a sua memória.

Porém, a escuta nas psicoses (sempre plurais, pois radicalizam a dimensão da singularidade e autenticidade de suas produções) confere ênfase à função de testemunho. Considerar o que o sujeito diz é o primeiro passo para validar a sua posição no mundo, pois quem não está localizado no Outro não está em lugar nenhum.

Ao autorizarmos o sujeito a falar, o convocamos e legitimamos a constituição de um território subjetivo, passando de um significante a outro, de um lugar a outro, propiciando que possa transitar sem perder-se no meio do caminho. A escuta, portanto, favorece o deslocamento pelo território feito de linguagem, ou seja, a delimitação de um itinerário que mapeie a localização do sujeito.

O par de palavras “oportunidade e inspiração” condensou os nossos propósitos na clínica da atenção psicossocial. A oferta de dispositivos se configura realmente como oportunidade, somente quando inspiram o sujeito a comparecer. Sem inspiração não se move de um lugar a outro, nem sequer de um significante a outro. Nessa concepção, a exclusão que combatemos pode se efetuar toda vez que a versão desejante dos sujeitos deixar de comparecer, no interior de suas ações e relações.

A partir de nossa experiência, diria que as psicoses são originalmente muito férteis, fonte inesgotável de criação e de recreação, no sentido da ludicidade que constatamos em suas produções, apesar de toda a dor que possa habitá-las e que frequentemente se transforma na própria matéria-prima. Por não estarem estruturalmente aferrados ao significante mestre como palavra de ordem, na prática os psicóticos se apresentam com uma maior liberdade em relação aos discursos-mestres que vigoram em nossa sociedade.

Bispo do Rosário, célebre psicótico que viveu durante décadas internado na Colônia Juliano Moreira e que, posteriormente, teve sua obra artística reconhecida mundialmente, dizia que os loucos são como beija-flores: nunca pousam; estão sempre a dois metros do chão. Nesse ponto, gostaríamos de enaltecer o direito desses sujeitos a uma certa desterritorialização.

Peter Pál Perbart (2001) compara o esquizo ao nômade, perspectiva que nos interessa no que diz respeito à habitação subjetiva dos territórios. Segundo o autor, o esquizo sempre está simultaneamente dentro e fora – da família, da cidade, da cultura, da linguagem. Ele ocupa um território, mas, ao mesmo tempo, o desmancha; ele desliza, escorrega, recusa o jogo ou subverte-lhe o sentido, desterritorializa-o. O nômade, como o esquizo, é o desterritorializado por excelência, aquele que faz dessa mesma desterritorialização um território subjetivo, o que implica em uma maneira própria de:

ocupar o espaço, de usar a língua, de subverter as regras, de perturbar o entorno. A luta pela reinserção dos loucos passa por vários níveis: o fim do confinamento físico, o reconhecimento de seus direitos, a tolerância em relação a sua diferença. Tudo isso é imprescindível, um território físico, jurídico, cultural, e, no entanto, há algo mais que nenhum decreto é capaz de garantir: o seu direito à desterritorialização (PERBART, 2001, p. 2).

A ética da psicanálise propicia o acolhimento dessa característica de desterritorialização, na medida em que parte do “princípio de inadequação” (RINALDI, 196, p. 142) entre as palavras e as coisas, das palavras a si mesmas, da satisfação buscada à obtida, e assim por diante, numa deriva constitutiva do sujeito que atravessa tanto o âmbito privado quanto o público.

A clínica da psicose nos ensinou que não é possível, tampouco desejável, que eliminemos o coeficiente de estranheza que a loucura introduz em nosso meio. A sua conturbação é também sua grande contribuição.

Essa posição advertida nos orienta na clínica institucional com psicóticos, cientes de que as instituições e seus discursos são estratégias da civilização para conter essa estranheza, o inominável, o que escapa à significação, enigma inerente à dimensão do inconsciente e do desejo. A aposta no território consiste em propor uma localização menos restritiva, fornecida pelo conjunto (de significantes, valores, sentidos etc.) que configuram um território, como determinado recorte no Outro que, delimitado, poderia propiciar uma base mais sólida e um pouco mais estável para existir.

Entendemos que a instituição de saúde mental pode significar uma espécie de discurso-prótese, visando temporariamente apoiar a existência dos sujeitos, sem no entanto perder de vista o corpo social mais amplo como lugar de pertinência.

Pierre Nora (1984) criticou os lugares de memória, sinalizando que estes apenas se fazem necessários onde faltam as memórias vivas, ou seja, quanto mais a reapropriação da memória falha, mais dependente se torna de suportes exteriores. O autor relaciona esses suportes, por exemplo, ao próprio recurso da escrita e às demais modalidades de registros.

Inevitável não associarmos essa concepção à importância que a materialidade da palavra escrita ocupa na localização do sujeito na psicose, em que algo da transmissão simbólica comum falha. Como evidenciou um de nossos pacientes em crise, a palavra escrita “NÃO MORRE”, foi destacada de forma improvisada num recorte de papel, endereçado e depositado na analista, num belo esforço de perpetuação de sua memória, que então lhe escapava. Dentre os fragmentos do primeiro surto, desencadeado pela morte de seu pai, a escrita realizada por este sujeito possibilitou que sua palavra fosse transmitida por meio do

meu testemunho e cuja continuidade figurou entre os registros do meu caderno de anotações e agora na capa deste trabalho.

Por outro lado, podemos dizer que o hospital psiquiátrico só é ofertado como lugar na medida em que faltou a memória viva. Nesse sentido, torna-se impreterível reavivar o repertório do território, seus potenciais de demarcação de territórios subjetivos, habitando-os com afetos, recursos e discursos para que possam então favorecer a localização do sujeito.

O discurso analítico intervém no laço social para abrir espaço para a emergência do sujeito no sentido de seu advento para além da “emergência médica” e da abordagem de seu corpo biológico. Por meio da "farmácia lacaniana", podemos atestar os efeitos apaziguadores da palavra sobre o corpo, seja em doses homeopáticas, seja através de verdadeiros choques ou injeções de linguagem, disparados pela oferta da escuta e pela presença que testemunha e legitima as narrativas, assim como as demais produções dos sujeitos psicóticos.

No vocabulário psicanalítico, poderíamos afirmar que o sujeito se droga em análise, pois “a transferência produz endorfinas” (LAURENT, 2002, p. 26) e que o Édipo, enquanto metáfora paterna, corresponde a uma boa dose de anestésico, na medida em que, ao ordenar o gozo através da significantização, o apazigua. No que diz respeito aos tradicionais métodos de contenção utilizados pela psiquiatria, podemos conceber, por meio do saber psicanalítico, outras formas de amarração simbólicas, no intuito de enodar a estruturação do sujeito ao laço social.

A partir da lógica da contingência, o analista pode sustentar nos espaços coletivos uma ética que considere a singularidade do desejo, subvertendo pontualmente a lógica de dominação inerente ao laço social e às memórias sociais oficiais. Por outro lado, a ação como manifestação desejante não poderia ser concebida fora da sociedade.

Ocupar funções ativas na sociedade pode delegar aos psicanalistas lugares incômodos, por exemplo, se deparando com a burocracia que atravessa vários dispositivos institucionais e sociais. Combater a burocracia, que visa mortificar a dimensão desejante e criativa dos sujeitos, torna-se, assim, uma função política do analista, revigorando e descronificando memórias. Como canta Itamar Assumpção, é possível “resistir como quem deseja”⁴⁶.

Gostaríamos de concluir com essa especificidade do discurso do analista, ao considerar no cerne de sua atuação a dimensão desejante. É preciso escutar o sintoma como manifestação do sujeito, como índice e criação própria a cada subjetividade. É a dimensão

⁴⁶ “Em busca da beleza” (Itamar Assumpção / Alice Ruiz). Disponível em: <https://www.lettras.mus.br/itamar-assumpcao/269195/>

da fala que possibilitará com que, por meio do dizer, sejam refeitos e recriados os nós que enlaçam as memórias singulares a uma forma menos rígida e estratificada de memória social.

Nesse contexto, a psicanálise pode intervir descobrindo junto aos sujeitos as brechas para que eles possam então se constituir, ao passo que também participa ativamente na configuração de outras formas de dizer, novos discursos disponíveis através de novas memórias compartilhadas. Ocupar os espaços, habitá-los enquanto existência simbólica, constitui um ato político de resistência aos discursos unívocos, que tendem ao totalitarismo.

Esperamos que os relatos trazidos da clínica das psicoses tenham conseguido transmitir um pouco da experiência fascinante que é conviver com esses sujeitos, que nos interrogam, transtornam, instigam e sobretudo ensinam sobre as possibilidades criativas de se conviver com as diferenças e com a diferença constitutiva, enquanto causa desejante.

Que com nossa presença ao lado desses sujeitos, possamos tomar impulso e fôlego para seguir o voo com eles, e que sempre possamos “levar conosco uma certa quantidade de pessoas”, em oposição ao “lugar nenhum, aonde não vai ninguém”.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, S. “Psicanálise e Universidade e a instauração de discursividades”. In: RINALDI, D.; COUTINHO JORGE, M.A. (Orgs.). *Saber, verdade e gozo: leituras de O Seminário*, livro 17, de Jacques Lacan. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002.

_____. “A política da psicanálise e a da saúde mental”. Apresentação. Estudos e Pesquisa em Psicologia. *Revista do Departamento de Psicologia da UERJ*, vol. 8, n. 1, 2008.

ALTOÉ, S. e LIMA, M. (Orgs.). *Psicanálise, clínica e instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.

AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

_____. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____. Reforma psiquiátrica e epistemologia. *Cad. Bras. Saúde Mental*, vol.1, n.1, jan-abr. 2009.

_____. (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

ARBEX, D. *Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil*. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ASSIS, R. e CORDEIRO, V. “A teoria da história em Walter Benjamin: uma construção entre ‘História e colecionismo: Eduard Fuchs` e as teses sobre o conceito de história”. *Revista de Teoria da História*, Ano 5, N.10, dez. Universidade Federal de Goiás. 2003. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/teoria/article/view/29092>

BARBOSA, A. “As mariposa” [1955]. Disponível em: <https://www.lettras.mus.br/adoniran-barbosa/43964/#radio:adoniran-barbosa>

BARRETO, F. P. “A psicanálise aplicada à saúde mental – uma contribuição ao tema da prática lacaniana nas instituições”. *Revista Virtual Clinicaps – Impasses da clínica*. Disponível em: http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_pdf/Rev_01/Revista01_art3_Barreto.pdf. Acesso em: 21 mar. 2018.

BARROS, M.R.C. “A prática lacaniana nas instituições: uma experiência de vários”. Opção Lacaniana. *Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, n. 37. São Paulo: Edições Eolia, 2003.

BASÁGLIA, F. (Org.). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Trad. Heloisa Jahn. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BAUDRILLARD, J. *Simulacros e simulação*. Lisboa: Relógio d'Água, 1991.

BENJAMIN, W. *Obras escolhidas. Magia e técnica, arte e política*. São Paulo: Brasiliense, 1994a.

_____. “O autor como produtor” [1934]. In: _____. *Obras escolhidas. Magia e técnica, arte e política*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

_____. “A obra de arte na era de sua reprodutibilidade técnica” [1935]. In: _____. *Obras escolhidas. Magia e técnica, arte e política*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

_____. “O narrador” [1936]. In: _____. *Obras escolhidas. Magia e técnica, arte e política*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

_____. “Experiência e pobreza” [1953]. In: _____. *Obras escolhidas. Magia e técnica, arte e política*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

_____. *Obras escolhidas. Magia e técnica, arte e política. Ensaio sobre literatura e história da cultura*. vol. 1 [1940]. Prefácio de Jeanne Marie Gagnebin. Trad. de Sérgio Paulo Rouanet. São Paulo: Brasiliense, p. 222-232, 1987. Fonte digital: http://www.antivalor.kit.net/textos/frankfurt/benjamin_01.htm

BEZERRA JR., B. C. “De médico, de louco e de todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil dos anos 80”. In: GUIMARÃES & TAVARES (Orgs.), *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

_____. “Da verdade à solidariedade: a psicose e os psicóticos”. In: BEZERRA JR, B. C. et al (Orgs.) *Psiquiatria sem hospícios – contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BEZERRA JR, B. C.; AMARANTE, P. (Orgs.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

BISPO, F. S. “A ética da contingência e a implicação da psicanálise no laço social”. *Psicologia Revista*. São Paulo, vol. 23, n. 1, p. 75-95, 2014. Disponível em <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/download/20215/15036>. Acesso em 15 out. 2015.

BLOG DO ICP. *Aula inaugural do ICP – Segundo semestre*. 11 maio 2008. Disponível em: <https://icprj.wordpress.com>. Acesso em: 21 abr. 2012.

BORDERIAS, A. “Inmigrante, extranjero, extraño”. Intervenção realizada na Conversação “Los fenómenos migratorios: modos de la segregación”, Madri, 3 mar. 2018. Disponível em: <https://zadigespana.wordpress.com/2018/03/16/inmigrante-extranjero-extrano/>

BRASIL. Ministério da Saúde. *Temas de saúde mental*. Brasília: Imprensa Nacional, 1998.

_____. *Decreto nº 1.132*, de 22 de dezembro de 1903. In: MOREIRA, J. Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil. Arquivo Brasileiro de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins, I (1), p. 71-75, 1905.

_____. *Decreto nº 24.559*, de 3 de julho de 1934. Ementa. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Legisla.nsf/>. Acesso em: 20 fev. 2006.

_____. *Lei nº 10.216*, de 6 de abril de 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/legisla/htm>. Acesso em: 20 fev. 2006.

_____. *Decreto nº 9.197*, de 14 de novembro de 2017. Institui o Programa Emergencial de Ações Sociais para o Estado do Rio de Janeiro e os seus Municípios. Disponível em: <https://www.pondero.com.br/4373/decretos/9197-2017/>. Acesso em: 9 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria MS/GM nº 3.088*, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria MS/GM nº 1.028*, de 1º de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Brasília, DF, 2005.

_____. *Lei nº 10.216*, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial – relatório final. Brasília: MS, 2011. Conselho Federal de Psicologia. *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. Brasília: CFP, 2011.

_____. Ministério da Saúde. “Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil”. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.088*, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 14 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 336*, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 9 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. “Estratégia Saúde da Família”. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php. Acesso em: 28 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. “Consultório na Rua”. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_consultorio_rua.php. Acesso em: 28 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. “Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF)”. Disponível em: (http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php). Acesso em: 28 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. “Academia da Saúde”. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_academia_saude.php. Acesso em: 29 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde Mental: Cadernos de Atenção Básica*, nº 34. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab34>. Acesso em: 15 out. 2017.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei nº 10.216*, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 20 mar. 2017.

BROUSSE, M-H. *O inconsciente é a política*. Seminário Internacional. Escola Brasileira de Psicanálise, São Paulo, 2003.

BRUM, E. “Os loucos somos nós” (Prefácio). In: ARBEX, D. *Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil*. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

CADERNOS DO IPUB nº14. Práticas ampliadas em Saúde Mental: desafios e construções do cotidiano. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 1999.

CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. 2 ed. Graal: Rio de Janeiro, 1978.

CAVALCANTI, A. H. Nietzsche, a memória e a história: reflexões sobre a segunda consideração extemporânea. *Philosophos - Revista de Filosofia*, [s.l.], v. 17, n. 2, p. 77-105, fev. 2013. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/philosophos/article/view/18860>. Acesso em: 25 jul. 2013.

CAVALCANTI, M. T. *A trama no tear: sobre o tratar em psiquiatria*. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde e Saúde Mental). Instituto de Psiquiatria. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1992.

CHAVES, W. C. Considerações a respeito do conceito de real em Lacan. Estudos em Psicologia, Maringá, vol. 14, n. 1, mar. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722009000100006>. Acesso em: 5 ago. 2013.

CECCARELLI, P.R. “Don Quixote e a transgressão do saber.” *Revista Mal-estar e Subjetividade* – Fortaleza, vol. IX, n. 3, p. 917-937, set. 2009. Disponível em: http://ceccarelli.psc.br/pt/?page_id=147

CHEMANA, R. e VANDERMERSCH, B. *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2004.

CHORNE, M. e DESSAL, G. (eds.). *Jacques lacan. El psicoanálisis y su aporte a la cultura contemporánea*. Colección Psicología, Psiquiatria y Psicoanálisis. Madri: Fondo de Cultura Económica, 2017.

CLAVREUL, J. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico* (1978). São Paulo: Brasiliense, 1983.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL. *Relatório de inspeção nacional de unidades psiquiátricas em prol dos direitos humanos*. Brasília, DF: 2004. Disponível em: http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/Relatorio_Inspecao_Unidades_Psiquiatricas.pdf Acesso em: 23 abr. 2018.

COSTA, J. F. “As éticas da psiquiatria”. In: FIGUEIREDO, A. C. e SILVA FILHO, J. F. (Orgs.). *Ética e saúde mental*. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996.

COSTA, L. A. e BRASIL, F. D. “Cidade, territorialidade e redes na política de saúde mental”. *Cadernos de Terapia Ocupacional. UFSCar*, São Carlos, vol. 22, n. 2, p. 435-442, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2014.065>.

COSTA-MOURA, F.; LO BIANCO, A. C.; SOLBERG, M. C. A psicanálise e as narrativas modernas – A transmissão em questão. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, vol. 22, n. 2, p. 17-25, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pc/v22n2/02.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2014.

DANTAS, C. G. e DODEBEI, V. “Memórias anônimas: uma navegação entre conceitos e artefatos digitais”. In: PINTO, D. S. e FARIAS F. R. (Orgs.). *Novos apontamentos em memória social*. Rio de Janeiro: 7letras, 2012.

DELGADO, P. G. “A psiquiatria no território: construindo uma rede de atenção psicossocial”. *Saúde em Foco: informe epidemiológico em saúde coletiva* 16, p. 41-43, 1997.

_____. “Atendimento psicossocial na metrópole: algumas questões iniciais”. *Cadernos IPUB*, n. 14, p. 113-121, 1999.

DELL'ACQUA, G. e MEZZINA, R. “Resposta à crise”. In: DELGADO, J. (Org.). *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Resenha, p. 53-79, 1991.

DELL'ACQUA, G. Entrevista. In: SADE, R.M.S. *Portas abertas: do manicômio ao território entrevistas triestinas*. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014.

DESVIAT, M. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

_____. “Salud pública e psiquiatria”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, n. 77, p. 125-133, 2001. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352001000100009. Acesso em: 8 mar. 2017.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>. Acesso em: 10 out. 2017.

DI CIACCIA, A. A prática entre muitos. In: ALTOÉ, S. e LIMA, M.M. (Orgs.). *Psicanálise, clínica e instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.

DI MASSO, A. Usos retóricos del espacio público: la organización discursiva de un espacio en conflicto. *Athenea Digital*, n. 11, p. 1-22, 2007. Disponível em: <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/335/321>. Acesso em: jan. 2016.

_____. et al. La construcción desplazada de los vínculos persona-lugar: una revisión teórica. *Anuario de Psicología* 2008, vol. 39, n. 3, p. 371-385, 2008. Facultat de Psicologia Universitat de Barcelona. Disponível em: <http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/sitemap>. Acesso em: mar. 2016.

_____. e CASTRECHINI, A. Crítica imaginativa de la ciudad contemporánea. *Athenea Digital*, n. 12(1), p. 3-13, 2012. Disponível em: <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/DiMassoCastrechini>. Acesso em: fev. 2016.

DIOGO, D. R.; FIGUEIREDO, A. C.; GUERRA, A. M. C. “O trabalho em equipe na Atenção Psicossocial: a prática entre vários”. In: BASTOS, A. (Org.). *Psicanalisar hoje*. Rio de Janeiro: Contra Capa, p. 123-142, 2007.

ELIA, L. O conceito de sujeito. *Psicanálise Passo a Passo*, n. 50. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

ELIA, L.; COSTA, R.; PINTO, R. “Sobre a inserção da psicanálise nas instituições de saúde mental”. In ALTOÉ, S. e LIMA, M. de M. (Orgs.). *Psicanálise, clínica e instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.

_____. *O desejo do psicanalista presentifica a intenção na extensão e se estende à política*. Trabalho apresentado na XV Jornada Brasileira de Convergência, Porto Alegre, 2017. www.apoa.com.br

ESCOLA BRASILEIRA DE PSICANÁLISE. *Curinga*, vol. 1, n. 0, out. 1993. Belo Horizonte: Seção Minas, n. 31, dez. 2010. Disponível em: http://minascomlacan.com.br/wp-content/uploads/2015/02/edicao_13-pdf.pdf. Acesso em: 12 jan. 2016.

FAGUNDES, H. e LIBÉRIO, M. “A reestruturação da assistência na cidade do Rio de Janeiro: estratégias de construção e desconstrução”. *Saúde em Foco: informe epidemiológico em saúde coletiva*, n. 16, p. 30-35, 1997.

FAGUNDES, H. et al. Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro: situação atual e perspectivas futuras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5), p. 1449-1460, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1449.pdf>.

FARIAS, F. R. “Memória social e temporalidade retroativa”. In: PINTO, D. S. e FARIAS F. R. (Orgs.). *Novos apontamentos em memória social*. Rio de Janeiro: 7letras, 2012.

FERNANDES, F. L. de F. “Lacan e a topologia”. In: FREIRE, A. B.; FERNANDES, F.; SOUZA, N.S. (Orgs.). *A ciência e a verdade – um comentário*. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

FERREIRA, N. P. Jacques Lacan: apropriação e subversão da Linguística. *Ágora* v. 5 n. 1, p. 113-132, jan./jun. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/agora/v5n1/v5n1a09.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2014.

FIGUEIREDO, A. C. *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

_____. Do atendimento coletivo ao individual: um atravessamento na transferência. *Cadernos do IPUB*, vol. VI, n. 17, p. 124-30, 2000.

_____. “O que faz um psicanalista na Saúde Mental”. In: VENÂNCIO A.T. e CAVALCANTI, M. T. (Orgs.). *Saúde Mental – Campos, saberes e discursos*. Rio de Janeiro: edições IPUB, 2001.

FOUCAULT, M. *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1972.

_____. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

_____. *História da Sexualidade I – A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1977a.

_____. Entrevista realizada por L. Finas na *Quinzaine Littéraire*, n. 247, 1-15 jan. 1977b.

_____. *A ordem do discurso*. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

_____. “Michael Foucault, uma entrevista: sexo, poder e política da identidade”. *Verve*, n. 4, p. 260-277, 2004.

FREUD, S. *Obras psicológicas completas*. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

_____. “Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos” [1895]. In: _____. *Obras psicológicas completas*. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

_____. “Psicopatologia da vida cotidiana” [1901]. In: _____. *Obras psicológicas completas*. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

_____. “Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia” [1911]. In: _____. *Obras psicológicas completas*. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

_____. “Totem e tabu” [1913]. In: _____. *Obras psicológicas completas*. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

_____. “Conferências introdutórias sobre Psicanálise” [1915-1917]. In: _____. *Obras psicológicas completas*. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

_____. “As pulsões e suas vicissitudes” [1916]. In: _____. *Obras psicológicas completas*. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

_____. “Psicanálise e psiquiatria” [1916-1917]. In: _____. *Obras psicológicas completas*.

Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

_____. “Linhas de progresso da terapia analítica” [1918]. In: _____. *Obras psicológicas completas*. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

_____. “Psicologia das massas e análise do eu” [1921]. In: _____. *Obras psicológicas completas*. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

_____. “A perda da realidade na neurose e na psicose” [1924]. In: _____. *Obras psicológicas completas*. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

_____. “O futuro de uma ilusão” [1927]. In: _____. *Obras psicológicas completas*. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

_____. “O mal-estar na cultura” [1930]. In: _____. *Obras psicológicas completas*. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

_____. “Por que a guerra?” [1933]. In: _____. *Obras psicológicas completas*. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

_____. “Moisés e o monoteísmo” [1939]. In: _____. *Obras psicológicas completas*. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

FUKS, B. “Freud e a cultura”. *Psicanálise Passo a Passo*, n. 19. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

GARCIA, M. M. e RINALDI, D. “Poesia e psicanálise. O *savoir-faire* de Jacques Lacan”. *Revista Affectio Societatis*, vol. 11, n. 20 (enero-junio 2014), p. 43-57. Medellín, Colombia: Departamento de Psicoanálisis, Universidad de Antioquia. Disponível em: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/affectiosocietatis>. Acesso em: 22 mar. 2017.

GERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL/SES-RJ. Levantamento dos dados contextualizados da Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, 2017.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. Trad. Dante Moreira Leite. 5. ed. (Debates, 91). São Paulo: Perspectiva, 1996.

GOMÉZ, J. “El conductual: una nueva identidad”. Textos preparatórios. XVI Jornadas de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis: Yo soy, todos somos... El psicoanálisis ante las nuevas identidades. Madri, 2017. Disponível em: <http://identidades.jornadaselp.com/1039/construccion/el-conductual-una-nueva-identidad/>. Acesso em: 6 abr. 2018.

GONDAR, J. e DODEBEI, V. (Orgs). *O que é memória social?* Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria / Programa de Pós-Graduação em Memória Social da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2005.

GONDAR, J. “Memória individual, memória coletiva, memória social”. In: *Morpheus – Revista Eletrônica em Ciências Humanas*. Ano 8, n. 13, 2008.

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Secretaria de Saúde. Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=836. Acesso em: 19 fev. 2017.

HALBWACHS, M. (1950). *A memória coletiva*. São Paulo: Vértice, 1990.

HARARI, A. “Todos lacanianos”. Red Zadig Argentina, ELP, 2018. Disponível em: <https://redzadigargentina.wordpress.com/>

HOYER, C. *A função paterna na instituição: do individual ao coletivo*. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

HUYSEN, Andreas. *Seduzidos pela memória*. Rio de Janeiro: Aeroplano, 2000.

JORGE, M. A. C. “Discurso médico e discurso psicanalítico” (Prefácio, 1980). In: CLAVREUL, J. *A ordem médica – poder e impotência do discurso médico* (1978). Brasília: Editora Brasiliense, 1983.

KAUFMANN, P. V. (ed.). *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996.

KOLKO, C. *Los ausentes de la memoria. Figuras de lo impensado*. Rosario: Ediciones HomoSapiens, 2001.

LACAN, J. “Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise” [1953]. In: _____.

Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. *O Seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud [1953-1954]*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2009.

_____. *O Seminário, livro 2: o Eu na teoria de Freud e na técnica da Psicanálise [1954-1955]*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

_____. *O Seminário, livro 3: As psicoses [1955-1956]*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1988.

_____. “De uma questão preliminar a todo tratamento possível na psicose” [1957-1958]. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1998.

_____. *O Seminário, livro 7: a ética da psicanálise [1959-1960]*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988.

_____. “Posição do inconsciente” [1960-1964]. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. *O Seminário, livro 9: a identificação [1961-1962]*. Trad. de Joan Bauzá. Circulação interna. Barcelona: Umbral. Red de Asistencia “Psi”, 2017.

_____. “A ciência e a verdade” [1965-1966]. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. “Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista na escola”. In: _____. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, p. 248-264, 2003.

_____. *O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise [1967-1970]*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992.

_____. “Lituraterra” [1971]. In: _____. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, p. 15-25, 2003.

_____. *O Seminário, livro 20 – mais, ainda [1972-1973]*. 2 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

_____. “Conferência em Genebra sobre o sintoma” [1975]. *Opção Lacaniana*, n. 23, dez., p. 6-16, 1998.

_____. *O Seminário, livro 23: o sintoma* [1975-1976]. Buenos Aires, Paidós, 2006.

_____. “A ciência e a verdade” [1966]. In:_____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, p. 18, 1998.

LA PLANCHE, J. e PONTALIS, J. B. *Dicionário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

_____. *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica SA, 1996.

LAURENT, E. “O analista cidadão”. In: *Revista Curinga*, n. 13. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise, 1999.

LOBATO, Monteiro. *Reinações de Narizinho*. São Paulo: Globo, 2011.

MACHADO, O. e GROVA, T. (Orgs.) et al. *Psicanálise na favela*. Projeto Digaí-Maré: a clínica dos grupos. Rio de Janeiro: Associação Digaí-Maré, 2008.

MAURANO, D. *Nau do desejo: o percurso da ética de Freud a Lacan*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999.

_____. *A face oculta do amor: a tragédia à luz da psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2001.

_____. Para que serve a psicanálise? *Psicanálise Passo a Passo*, n. 21. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

_____. *Torções: a psicanálise, o barroco e o Brasil*. Rio de Janeiro: Editora CRV, 2011.

_____. “O mal-estar na memória: apontamentos”. In: GONDAR, J. e DODEBEI, V. *O que é memória social II*, 2012. inédito. Mal-estar na memória, 2012.

MAYERHOFFER, M. F. A. *A função psicanalisante como condição da singularidade em uma experiência política de desinstitucionalização*. Tese (Doutorado em Psicanálise).

Programa de Pós-Graduação em Pesquisa e Clínica em Psicanálise do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2015.

MELLO, D. “Ministério da Saúde abre caminho para custear comunidades terapêuticas”. *Carta Capital online*, 9 dez. 2016. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/ministerio-da-saude-abre-caminho-para-custear-comunidades-terapeuticas>. Acesso em: 10 dez. 2016.

MILLER, J. A. “Psicanálise pura, Psicanálise aplicada e psicoterapia”. In: *Phoenix*, n. 3, Curitiba: Escola Brasileira de Psicanálise – Delegação Paraná, 2001.

_____. “A era do homem sem qualidades”. *aSEPHallus: Revista do Núcleo Sephora de Pesquisa*, n. 1 (1), 2004. Disponível em: www.nucleosephora.com/aasephallus/numero_01/index. Htm.

_____. *Os casos raros, inclassificáveis da clínica psicanalítica. A conversação de Arcachon*. São Paulo: Biblioteca Freudiana Brasileira, 1998.

_____. “Saúde mental e a ordem pública”. In: *Revista Curinga*, n. 13. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise, 1999.

NASSIF, L. “Governo e planos de saúde articulam fim do SUS”. Luis Nassif Online, *Jornal GGN*, 18 abr. 2018. Disponível em: <https://jornalggn.com.br/noticia/governo-e-planos-de-saude-articulam-fim-do-sus>. Acesso em: 18 abr. 2018.

NIETZSCHE, F. W. *Segunda consideração intempestiva: da utilidade e desvantagem da história para a vida*. Trad. Marco Antônio Casanova. (Conexões: 20). Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2003.

NORA, P. “Entre memória e história – a problemática dos lugares”. In: _____. *Les lieux de mémoire*. I La République, p. XVIII-XLII. Tradução autorizada pelo editor. Paris: Gallimard, 1984. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/viewFile/12101/8763>

NOTA TÉCNICA DA OPAS/OMS NO BRASIL SOBRE INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA E COMPULSÓRIA DE PESSOAS QUE USAM DROGAS. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3206:nota-tecnica-da-opas-oms-no-brasil-sobre-internacao-involuntaria-e-compulsoria-depessoas-que-usam-drogas&Itemid=875. Acesso em: 9 dez. 2017.

NUNES, R. M. *Desinstitucionalizando saberes*. Dissertação (Especialização em Reabilitação

Psicossocial e Organização de Serviços). SMSRJ/MS/UFRJ, 2004.

_____. O saber clínico da psicanálise e sua ação institucional. Dissertação (Mestrado em Psicanálise). Departamento de Pós-Graduação em Psicanálise, UERJ, 2007.

OLIVEIRA, E. “O retorno do mal”. *Blog Edmar Oliveira*, 3 abr. 2018. Disponível em: <https://edmaroliveirablog.com/2018/04/03/o-retorno-do-mal/> Acesso em: 5 abr. 2018.

PASSOS, E. “Quando voltamos para casa”. In: BRASIL - Ministério da Saúde. *Programa De Volta Para Casa*. HumanizaSUS, Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e Coordenação Geral de Documentação e Informação (CGDI/SA/SE), s.d. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/VPC/quando.html>. Acesso em: 30 set. 2015.

PELBART, P. P. “Exclusão e biopotência no coração do império”. In: *Seminário estudos territoriais de desigualdades sociais*. São Paulo, 2001. Disponível em: <http://www.cedest.info/peter.pdf>. Acesso em 23 de abril de 2018.

PITTA, A. (Org). *Saúde & Comunicação, visibilidades e silêncios*. São Paulo, Hucitec/Abrasco, 1995.

QUINET, A. *Teoria e clínica da psicose*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2000.

RINALDI, D. *Ética da diferença*. Rio de Janeiro: EdUERJ: Jorge Zahar Editor, 1996.

_____. “Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da Saúde Mental”. In: Lima, M. M.; Altoé, S. *Psicanálise, clínica e instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.

_____. Ética e desejo: da Psicanálise em intensão à Psicanálise em extensão. *Papéis – Revista do Corpo Freudiano*, n. 7, dez. 1997. Disponível em: www.interseccaopsicanalitica.com.br. Acesso em: 9 fev. 2017.

RIO DE JANEIRO (município). Lei nº 5.242, de 18 de janeiro de 2011. Consolida a legislação municipal referente às concessões de utilidade pública. Disponível em: <http://smaonline.rio.rj.gov.br/ConLegis/ato.asp?36130>. Acesso em: 9 dez. 2017.

ROSA, M. D. “Uma escuta psicanalítica de vidas secas”. *Textura Revista de Psicanálise*. São Paulo, Ano 2, n. 2, p. 42-47, 2002.

_____. A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. *Revista Mal-Estar e Subjetividade.*, Fortaleza, vol. 4, n. 2, set. 2004. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482004000200008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 9 ago. 2013.

_____. *Psicanálise, política e cultura: a clínica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento*. Tese (Livre Docência), Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia - Universidade de São Paulo - USP, São Paulo, 2015. Disponível em: <https://psicanalisepolitica.files.wordpress.com/2014/06/psicananc3a1lise-cultura-e-polc3adtica-livre-docencia-maio-2015impresso.pdf>

ROTELLI, F. “A instituição inventada”. In: NICÁCIO, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.

_____ et al. “Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos”. In: BEZERRA, B. et al. (Orgs.). *Psiquiatria sem hospícios – contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p. 41-55, 1992.

ROUDINESCO, E. e PLON, M. *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica SA, 1997.

SADE, R. M. S. *Portas abertas: do manicômio ao território – entrevistas triestinas*. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014.

SANTOS, M. *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal*. 14. ed. Rio de Janeiro: Record. 2007.

_____. “O retorno do território”. In: OSAL: Observatório Social de América Latina. Ano 6, n. 16, jun. 2005, p. 255-261. Buenos Aires: CLACSO. Disponível em: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/osal/osal16/D16Santos.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2017.

SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: TeCorá/Instituto Franco Baságlia, 1999.

SIRELLI, N. *O trabalho de luto e a potência do esquecimento*. Tese (Doutorado em Memória Social). Programa de Pós-Graduação em Memória Social da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2015.

SOLER, C. “El sintoma en la civilización”. In: *Diversidad del síntoma*. Buenos Aires: EOL, 1996.

SPLITZ, R. *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

STEVENS, A. “A instituição: prática do ato”. Carta de São Paulo, *Boletim da Escola Brasileira de Psicanálise*, ano 10, n. 4, p. 16, 2003.

TEIXEIRA, A. M. R. *La reprise psychanalytique de la notion de prudence* (Flash vídeo). Paris: Universidade de Paris VII. Conferência proferida por ocasião do IV Colóquio da Sociedade Internacional de Psicanálise e Filosofia, 2011a. Disponível em: <http://youtu.be/mWrw7AmWA4Y>. Acesso em: 7 set. 2017.

_____. “Singularidade subjetiva e metodologia clínica”. *Revista Clinicaps: impasses da clínica*, n. 5 (13), p. 1-7, 2011b. Disponível em: http://clinicaps.com.br/clinicaps_revista_13_art_01.html. Acesso em: 9 set. 2017.

_____. “Entrevista com autores”. Portal Minas com Lacan da EBP-MG. Belo Horizonte, 2017. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=unVEU03F82s>. Acesso em: 17 nov. 2017.

TENÓRIO, F. “A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito”. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 9 (1), p. 25-59, jan.-abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>. Acesso em: 7 set. 2017.

_____. “Desmedicalizar e subjetivar: a especificidade da clínica da recepção”. A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental. *Cadernos do IPUB*, n. 17. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2000.

_____. “Da reforma psiquiátrica à clínica do sujeito”. In: _____. *Psicanálise e psiquiatria - controvérsias e convergência*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002.

_____. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

VIEIRA, M. A. *Restos: uma introdução lacaniana ao objeto*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2008.

_____. “Variações sobre o inconsciente a céu aberto, Seminário I: a alucinação do sujeito”, *Falasser*, n. 5, EBP-PB, João Pessoa, p. 53-72, 2009. Disponível em: http://www.litura.com.br/curso_repositorio/o_inconsciente_a_ceu_aberto_i_alucinaca_1.pdf. Acesso em: 30 out. 2016.

VIEIRA, F. S.; SÁ E BENEVIDES, R. P. “Os impactos do novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil”. *Nota técnica nº 28*. Brasília: IPEA, 2016. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf. Acesso em: 23 abr. 2017.

VIGANÒ, C. “A construção de caso clínico em Saúde Mental”. In: *Psicanálise e Saúde Mental*. Belo Horizonte. *Curinga*/EBP-MG, n. 13, set. 1999.

ZENONI, A. *Abrecampos - Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares*, vol. 1, irregular, Belo Horizonte, 2000.

ANEXOS



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e

supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 9.4.2001

*

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)
Planejamento e Gestão da Atenção Psicossocial

Componentes da RAPS	Pontos da RAPS	Nº da Portaria de Financiamento	Caracterização da portaria
Atenção Básica	Unidade Básica de Saúde	PORTARIA 2488/11	Institui a Política Nacional de Atenção Básica.
	Núcleo de apoio à Saúde da Família	PORTARIA 2488/11	Institui a Política Nacional de Atenção Básica.
	Consultório na Rua	PORTARIA Nº 123, DE 25 DE JANEIRO DE 2012	Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município.
	Centro de convivência e cultura	Sem portaria	-
Atenção Psicossocial Especializada/ Estratégica	Centro de Atenção Psicossocial I, II, III, Ad, i	PORTARIA Nº 3.090, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011	Estabelece, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios referentes ao novo tipo de financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).
	Centro de Atenção Psicossocial Ad III	PORTARIA Nº 130, DE 26 DE JANEIRO DE 2012	Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.

Atenção de Urgência e Emergência	SAMU	-	-
	UPA	-	-
Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA Adulto	PORTARIA Nº 121 DE 25 DE JANEIRO DE 2012	Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.
	UA Infanto-Juvenil	-	-
	Comunidade terapêutica	PORTARIA Nº 131 DE 26 DE JANEIRO DE 2012	Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.
	-	PORTARIA Nº 856, DE 22 DE AGOSTO DE 2012	Fica incluído na Tabela de Tipo de Estabelecimentos do SCNES, o tipo 78 - UNIDADE DE ATENÇÃO EM REGIME RESIDENCIAL.

Atenção Hospitalar	Leitos	<p>PORTARIA Nº 148 DE 31 DE JANEIRO DE 2012</p>	<p>Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.</p>
		<p>PORTARIA Nº 349 DE 29 DE FEVEREIRO DE 2012</p>	<p>Altera e acresce dispositivo à Portaria nº 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012, que de ne as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.</p>
		<p>PORTARIA Nº 1.615 DE 26 DE JULHO DE 2012</p>	<p>Altera o item II do artigo 9o e os artigos 12o e 13o da Portaria no 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012, que de ne as normas de funcionamento</p>

			e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.
	Enfermaria especializada	-	-
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviço Residencial Terapêutico	PORTARIA Nº 3.090 DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011(*)	Altera a Portaria no 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).
	Programa de Volta Para Casa	LEI Nº 10.708 DE 31 DE JULHO DE 2003.	Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.
Estratégia de reabilitação psicossocial	Geração de Trabalho e Renda	PORTARIA Nº 132 DE 26 DE JANEIRO DE 2012	Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção

			Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS).
	Empreendimentos solidários e cooperativas sociais	-	-

Fonte: Adaptado do link - legislação em saúde mental - do site do Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

